

**Absender (Praxisstempel)**

Tel.:  
Fax:  
Email:

Heinrich-Hertz-Straße 106  
22083 Hamburg

Telefon: 040/69 70 24 77  
Fax: 040/69 70 21 85  
E-Mail: [info@bdahamburg.de](mailto:info@bdahamburg.de)  
URL: [www.bdahamburg.de](http://www.bdahamburg.de)



Heinrich-Hertz-Str. 106  
22083 Hamburg

# Beitrittserklärung

\_\_\_\_\_  
Ich (Name)  
\_\_\_\_\_  
geboren am  
\_\_\_\_\_  
niedergelassen als  
\_\_\_\_\_  
seit  
\_\_\_\_\_  
Gemeinschaftspraxis mit  
\_\_\_\_\_

**LANR.**

erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen  
Beitritt zum Hausärzterverband Hamburg e.V.

Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift \_\_\_\_\_

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Last- schriftverfahren

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die  
von mir zu entrichtenden Zahlungen wegen  
Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines  
Girokonto

\_\_\_\_\_  
Kto Nr.  
\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl  
\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut  
  
mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung  
nicht aufweist, besteht seitens des  
kontoführenden Kreditinstituts (s. o.) keine  
Verpflichtung zur Einlösung.

- Ich bin Weiterbildungsassistent/in  
und bis 31.12.d.J. beitragsfrei  
(muss jeweils neu beantragt werden)**
- Monatsbeitrag € 25,--,**
- Ich bin Mitglied des VHIH und  
zahle nur € 15,- /Monat**

Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift \_\_\_\_\_