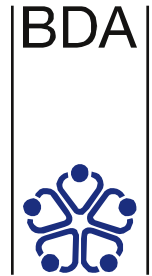


Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA)
Kulmbacher Str. 15
10777 Berlin

Fax: 030/3137827



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied in den Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA) zu einem Jahresbeitrag von € 240,- jährlich / angestellte Ärzte € 150,- / außerordentliche Mitglieder ohne Praxis / fördernde Mitglieder € 120,- / arbeitslose Ärzte sowie Weiterbildungsassistenten sind vom Beitrag befreit.

.....

(Name)

(Vorname)

.....

(Geburtsdatum)

(E-Mail Adresse)

.....

(Telefon)

(Fax)

.....

(Anschrift: Straße / Ort)

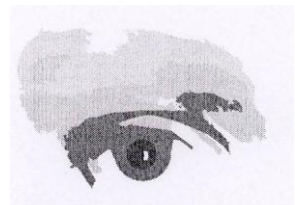
(Arzt/Nummer)

Beiträge zahle ich auf das Konto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE 69 3006 0601 0001 0039 33
BIC DAAEEDDDXXX gegen Rechnung ein.

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Verbandszwecke erforderlich ist. Alle datenschutzrechtlichen Anwendungen finden Anwendung. Eine widrige Nutzung meiner Daten ist somit ausgeschlossen.

Datum, Unterschrift

.....



Machen Sie ruhig die Augen auf!

**Nur in der Gemeinschaft der Hausärzte besteht die Chance,
dass sich etwas zu Ihren Gunsten ändert.**

**Werden auch Sie Mitglied im BDA – Ihrer Vertretung der Allgemeinmediziner, Hausärzte
und Praktiker in Berlin und Brandenburg.**