



**Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. ( BDA)**

Bleibtreustraße 24  
10707 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,- / a.o. Mitglieder € 120,- / Arbeitslose und Ärzte in Weiterbildung beitragsfrei

.....  
(Name) (Vorname)

.....  
(Geburtsdatum) (Telefon / Fax)

.....  
(Anschrift Straße / Ort) (Arzt / Arztnummer)

Beiträge zahle ich gegen Rechnung auf das folgende Konto:

Konto 000 1003 933,  
BLZ 100 906 03,  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank

.....  
Datum, Unterschrift



**Machen Sie ruhig die Augen auf ! Nur in der Gemeinschaft 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.**

Bitte ausdrucken und an Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. ( BDA) senden!