

# BEITRITTSERKLÄRUNG



Herr /Frau \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

## Praxisadresse

- Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft  MVZ  
 Einzelpraxis  Privatpraxis

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E Mail \_\_\_\_\_

BSNR \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_

EFN \_\_\_\_\_

**Privatadresse** (für Ärzte in Weiterbildung und Rentner erforderlich)

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Bankverbindung

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

## Ärztenetz BOHRIS e.V. Bocholt/Rhede/Isselburg

Geschäftsstelle  
c/o Etage 3, Neutorplatz 1  
46395 Bocholt  
Tel +49 151 72877099  
Mail [kontakt@bohris.net](mailto:kontakt@bohris.net)

### Beitragsordnung:

Für Mitglieder gelten folgende Jahresbeiträge

- Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung..... beitragsfrei  
 Vertragsärztinnen/-ärzte..... 240 €  
 Teilzeitärztinnen/-ärzte..... 120 €  
 außerordentliche Mitglieder..... 240 €  
 berentete Ärztinnen/Ärzte, die nicht mehr in der ambulanten Versorgung tätig sind ..... beitragsfrei

### SEPA-Lastschrift:

Gläubiger-Identifikationsnummer DE62ZZZ00001943412

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Ärztenetz BOHRIS e.V. im Rahmen eines Dauermandats, (wiederkehrend) den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärztenetz BOHRIS e.V. auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend vom Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

→ \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift

Das Ärztenetz BOHRIS e.V. erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat und Praxis), Praxisform, Telefon- und Faxnummer, E-Mail Adresse, lebenslange Arztnummer, Betriebsstätten Nummer, einheitliche Fortbildungsnummer und Bankverbindung. Diese Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft verarbeitet und gespeichert. Das Ärztenetz veröffentlicht je nach Anlass Namen, Praxisname und Praxisadresse und ggf. Bilder seiner Mitglieder auf der Homepage, in sozialen Medien, in Schriften, Rundschreiben etc.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich (Brief oder E-Mail) gegenüber dem Vorstand des Ärztenetzes widerrufen. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden

→ \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift