

BEITRITTSERKLÄRUNG



Herr /Frau _____ Titel _____

Name _____

Vorname _____

Geburstag _____

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
Nordstr. 49
46399 Bocholt
Tel +49 2871 2048430
Fax +49 2871 953 189
Mail 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