

Aufnahmeantrag



Ärztlicher Berufsverband
Hippokratischer Eid

- Patientenorientiert
- Heilungsorientiert
- Ursachen- und Evidenzbasiert

zur Interessenvertretung und
zur Wiederherstellung
der Ethik in der Medizin

Ja, ich bin Arzt/Ärztin und möchte Mitglied des ärztlichen Berufsverbandes Hippokratischer Eid werden.

Ich habe die Satzung gelesen und akzeptiere diese ja / nein (bitte einkreisen)

Mein Beitrag pro Jahr: 150 Euro (empfohlen)
 100 Euro (wer wenig hat)
 ____ Euro (wer mehr Beitrag leisten möchte, bitte hier frei eintragen)

Ich möchte mich aktiv beteiligen: ja / nein (bitte einkreisen)

Ich bin bereits mit Ärzten in der Region vernetzt ja / nein (bitte einkreisen)

Ich wünsche Vernetzung mit Ärzten in meiner Region ja / nein (bitte einkreisen)

Mir sind folgende Punkte besonders wichtig: (Freitext)

Ich stimme der Weitergabe /Veröffentlichung meiner Praxisadresse zu, falls Patienten nachfragen. ja / nein

Ich stimme der Speicherung meiner Daten für Vereinszwecke zu. ja / nein

Ich möchte die Verbandsnachrichten /Newsletter erhalten. ja / nein

Name, Vorname, Titel _____

Fachrichtung _____

Praxisadresse:

Straße Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

email Praxis _____

Telefon Praxis _____

Kontakt Daten nur für interne Kommun.

Tel Privat _____

Email privat _____

Handy _____

Lastschriftzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Ärztlichen Berufsverband Hippokratischer Eid den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ÄBVHE auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug des Mitgliedsbeitrags wird mich Ngwfa e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir meine Mandats-Referenznummer und die Gläubiger-ID mitteilen.

IBAN _____

BIC _____

Bankinstitut _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Falls vorhanden, bitte Praxisstempel:

Bitte mailen Sie den ausgefüllten Antrag an: info@aerzte-hippokratischer-eid.de

oder faxen an: Fax: 040/ 69648165

oder per Post an die Geschäftsstelle: c/o [Barmak Djavid, Schrammsweg 33b, 20249 Hamburg](#)

Auch Spenden sind möglich und willkommen.