

Aufnahmeantrag zum Verein „HNO – Verbund – Berlin“

Name : Vorname: Titel:

Telefon: Fax :

e-mail: Homepage:

Praxisanschrift (Str., PLZ, Ort):

Betriebsstättennummer :
lebenslange Arztnummer:
Institutionskennzeichen (9 stellig):

Standard-Leistungen: - Akupunktur - Allergologie
 - ambulante Operationen
(bitte ankreuzen) - plastische Operationen - BERA - OAE
 - Hörgeräteversorgung - Chirotherapie
 - Hörsturzbehandlung - Schnarchertherapie
 - Naturheilverfahren

Praxisöffnungszeiten:

Bankverbindung (BLZ/ Konto) :

Praxissoftware:

Hiermit erkläre ich den Eintritt in den Verein HNO-Verbund-Berlin.
Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung
in ihrer jeweils geltenden Fassung an.
Ich bin damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der beantragten
Verbandsmitgliedschaft stehenden Daten gespeichert und dies zur üblichen
Betreuung oder ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen
erforderlich ist.
Die Vorschriften des Datenschutzgesetzes bleiben unberührt.
Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt z.Zt. 1000,- € .
Der laufende monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt bis auf weiteres 40,- €
und wird auf das Vereinskonto bei der Deutschen Apotheker und Ärztebank
Kontonummer 0005833884 BLZ 10090603 überwiesen.

Berlin, d.

(Unterschrift d. Mitgliedes)

(Unterschrift d. Vorstandes)

www.hno-verbund-berlin.de

Aufnahmeantrag bitte faxen an: Irene Kutza 030 - 65 66 77 89 !