

Mitteldeutscher Landesverband der Rehabilitationsärzte e.V.



Geschäftsstelle
 Dr. med. K. Regenspurger
 Henry-van-de-Velde-Straße 2
 99425 Weimar

Fax: 03643 573802

Aufnahmeantrag in den Mitteldeutschen Landesverband der Rehabilitationsärzte e.V.

Titel:		geb. am:	
Vorname:		Name:	

Arzt/FA für:			
Zusatzbezeichnungen:			
„in Weiterbildung zu“:			
Klinikarzt/Dienststellung:			
Vertragsarzt als:			
Angestellt:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Selbstständig:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tätigkeitsprofil:			

Privatanschrift:				
Straße			Hausnummer	
Postleitzahl		Ort:		Bundesland
Tel.-Nr.:			Fax.-Nr.:	
E-Mail:				

Dienstanschrift:				
Institution:			Abteilung:	
Straße			Hausnummer	
Postleitzahl		Ort:		Bundesland
Tel.-Nr.:			Fax.-Nr.:	
E-Mail:				

Zur Einsparung von Porto und Papier sowie im Interesse eines effektiven Informationsaustausches benötigen wir eine aktive E-Mail-Adresse!

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Mitteldeutschen Landesverband der Rehabilitationsärzte e.V.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass unter Einhaltung des Datenschutzes mit mir schriftlich oder per Email Kontakt aufgenommen und meine Adresse im aktuellen Mitgliederverzeichnis des Verbandes veröffentlicht werden kann.

Ich wünsche meine Nennung im öffentlichen Mitgliederverzeichnis:

- gar nicht nur mit Privatanschrift nur mit Dienstanschrift
 nur mit Telefonnummer ohne Telefonnummer nur mit E-Mail-Adresse
 mit allen Daten
 mit folgenden Daten:

Ohne Nennung (ankreuzen), kann aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Eintragung in das öffentliche Mitgliederverzeichnis erfolgen.

Zutreffender Mitgliedsbeitrag/Jahr (bitte ankreuzen):

- Facharzt, angestellter, niedergelassener Ärzte: 150,00 €
 Weiterbildungsassistenten zum Facharzt für PRM*: 75,00 €
 Mitglied im BVPRM: 12,00 €
 Mitglieder im Rentenalter, Mitglieder ohne Erwerbstätigkeit*: beitragsfrei

* Bescheinigung erforderlich

Die Korrespondenz mit dem Verband soll erfolgen über: Privatanschrift Dienstanschrift

Ort, Datum

Unterschrift (Antragsteller)

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Bankverbindung			
Geldinstitut:			
IBAN:		BIC:	
Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller):			

Ort, Datum

Unterschrift (Antragsteller)