

Aufnahmeantrag zum HNO – Verbund – Berlin e.V.

Nachname	Vorname	Titel
Praxis		Betriebsstättennummer. Lebenslange Arztnummer

Strasse Praxis	PLZ Praxis/Ort Praxis
e-mail	Homepage
Telefon Praxis	Fax Praxis
BIC	IBAN
Institutionskennzeichen (IK 9 stellig)	Praxissoftware

Öffnungszeiten					
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa

Standardleistungen:	<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Allergologie
	<input type="checkbox"/> ambulante Operationen	<input type="checkbox"/> plastische Operationen
	<input type="checkbox"/> BERA	<input type="checkbox"/> OAE
	<input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung	<input type="checkbox"/> Chirotherapie
	<input type="checkbox"/> Hörsturzbehandlung	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Schnarchertherapie	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/> _____

Hiermit erkläre ich den Eintritt in den Verein HNO-Verbund-Berlin e.V.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung an. Wir verarbeiten die obenstehenden Daten zwecks Erfüllung unserer vorvertraglichen Verpflichtungen und Serviceleistungen gem. Art. 6 Abs. 1 lit b. DSGVO." (Weitere Infos siehe Datenschutzerklärung)

- Ich bin damit einverstanden, dass die obenstehenden Praxisdaten (Adressdaten, Kontaktdaten, Sprechzeiten, Namen der behandelnden Ärzte, Leistungen, Operationen) auf der Website des Verbunds <http://www.hno-verbund.de> (Leistungen, Arztsuche) publiziert werden.

Der laufende monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt bis auf weiteres 30,00€ je Kassenarztsitz und wird mittels Lastschrift einmalig im Jahr (im 3.Quartal des laufenden Jahres) eingezogen.

(Vereinskonto IBAN: DE35 3006 0601 0005 8338 84)

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Praxisstempel

Vereinsvermerk:

Unterschrift Vorsitzender HNO-Verbund-Berlin e.V.

Den Aufnahmeantrag faxen Sie bitte an: Irene Tell 030 - 65 66 77 89!