

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

IBAN
BIC

Praxissoftware:

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. 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 Aufnahme-
gebühr beträgt z.Zt. 1000,- €.

Der laufende monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt bis auf weiteres 40,- €
und ist auf das Vereinskonto bei der Deutschen Apotheker und Ärztebank

IBAN DE35300606010005833884 ,BIC DAAEDEDXXX zu überwiesen.

Berlin, d.

(Unterschrift d. Mitgliedes)

(Unterschrift d. Vorstandes)

www.hno-verbund-berlin.de

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