

# HAUSARZTAKADEMIE – BERLIN TREPTOW/KÖPENICK e.V.

## Beitrittserklärung

(bitte faxen an: Stadt-Apotheke Köpenick, S.Mackeldey, Fax (030) 6557530  
oder mailen an: [stadt-apotheke-berlin@t-online.de](mailto:stadt-apotheke-berlin@t-online.de) )

Hiermit erkläre ich

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Titel</b>
_____	_____	_____
<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>	<b>Straße</b>
_____	_____	_____
<b>Telefon- nummer</b>	<b>E-Mail</b>	<b>Fax</b>
_____	_____	_____
<b>Sprech- stunden- zeiten</b>	_____	_____
<b>Tätigkeits- schwer- punkte</b>	_____	_____

meinen Beitritt in der o.a. Hausarztakademie, im folgenden HAA genannt, zu den nachfolgenden Bedingungen, die ich durch meine Unterschrift als verbindlich anerkenne. Die Mitgliedsbeiträge sind jährlich fällig und werden per Lastschrift eingezogen. Die Mitgliedschaft ist innerhalb von 30 Tagen zum Jahresende kündbar. Der Austritt muss dem Verein schriftlich erklärt werden.

Ich bin mit der Veröffentlichung der oben genannten Praxisangaben auf der Homepage der HAA einverstanden.

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

**Ich ermächtige die HAA den Mitgliedsbeitrag in der Höhe von 60 € bei Fälligkeit am 1. des Kalenderjahres per Lastschrift einzuziehen.**

<b>Konto- inhaber</b>	<b>Bankver- bindung</b>
_____	_____
<b>BLZ</b>	<b>Kontonummer</b>
_____	_____
<b>Datum</b>	<b>Rechtsverb. Unterschrift</b>
_____	_____

## Ihre Ansprechpartner für Kritik und Wünsche:

- Themenauswahl/Moderation: Dr.Katrin Sattelkau  
Dr. Anette Sternkopf
- Juristische Fragen: RA Arwid Bilk
- Mitgliederverwaltung: Dr.Heike Kunert  
Susanne Mackeldey
- Homepage: Sven Hielscher