



# HAUSÄRZTEVERBAND

Mecklenburg-Vorpommern e.V.

## Aufnahmeantrag

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
Hausärzteverband Mecklenburg – Vorpommern.**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Titel: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift (privat) \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax (privat) \_\_\_\_\_  
Anschrift (Praxis) \_\_\_\_\_  
Telefon / Fax (Praxis) \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hausärzteverband Mecklenburg-Vorpommern, den laufenden Mitgliedsbeitrag vom nachstehenden Konto einzuziehen

Bankinstitut \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

Diese Erklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

Ich bin Weiterbildungsassistent/in und damit bis zur Facharztprüfung beitragsbefreit

Voraussichtlicher Prüfungstermin : \_\_\_\_\_

Den genauen Termin teile ich dem HV M-V nach Kenntnis mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

### Bitte senden Sie diesen Antrag an:

Hausärzteverband Mecklenburg-Vorpommern  
Geschäftsstelle  
Neumühler Straße 22  
19057 Schwerin

Hausärzteverband Mecklenburg – Vorpommern  
Vorsitzender: Stefan Zutz  
Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin

Tel.: 0385 – 7431 466;  
Fax: 0385 – 7431 66 466  
Mail: info@hausarzt-mv.de