

Per Fax zurück an 0531-8770610, oder per Post an Gesundheitsverbund
Braunschweig, John-F.-Kennedy-Platz 9, 38100 Braunschweig
**Antrag auf Aufnahme in den Gesundheitsverbund
Braunschweig e. V.**

Bitte in Blockschrift schreiben, Danke

Mit der Veröffentlichung meiner Daten auf den Webseiten des
Gesundheitsverbundes Braunschweig bin ich einverstanden.

Hiermit beantrage ich

Name: Vorname:

Telefon: Fax: E-Mail:

Adresse:

Geschäftsanschrift:

meine Aufnahme in den Gesundheitsverbund Braunschweig. Ich erkläre, dass ich ärztlich oder psychotherapeutisch ambulant tätig bin. Mein Mitgliedsstatus ergibt sich lt. geltender Satzung aus meinem Beschäftigungsverhältnis. Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer Fördermitgliedschaft. Bitte im Folgenden **ankreuzen**, in welchem Verhältnis Sie Ihre Tätigkeit ausüben:

- Ordentliches Mitglied** - Ich erkläre, dass ich:
- als niedergelassener Vertragsarzt oder Psychotherapeut an der vertragsärztlichen oder privatärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Braunschweig tätig bin.
 - keine anderen Einzelverträge mit Kassen oder sonstigen Kostenträgern während meiner Mitgliedschaft in der Ärztlichen Vereinigung ohne vorherige Absprache, entsprechend der Satzung, abschließen werde. (Bereits bestehende Verträge bleiben davon unberührt.)
 - der Aufnahme weiterer ärztlicher und psychotherapeutischer Mitglieder in den Gesundheitsverbund Braunschweig unwiderruflich zustimme.

- Außerordentliches Mitglied** - Ich erkläre, dass ich:
als angestellter Arzt oder Psychotherapeut in der ambulanten Versorgung einer Einrichtung (Praxis, MVZ, etc.) tätig bin.

- Fördermitglied**

Mit der Aufnahme erkenne ich die Regelungen in folgenden Unterlagen als für mich verbindlich an:
- *Satzung des Gesundheitsverbund Braunschweig* (veröffentlicht unter www.Gesundheitsverbund.de)

Die Aufnahme wird erst mit schriftlicher Erklärung der Geschäftsführung des Gesundheitsverbundes Braunschweig wirksam.

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift und Stempel)

Mitglied werden auch unter www.gesundheitsverbund.de

Einverständniserklärung zur Einzugsermächtigung im Lastschriftverfahren:

Hiermit erkläre ich mich mit der Abbuchung der Mitgliedsbeiträge von meinem Konto, Monatsbeitrag 10,00 €, Jahresbeitrag 120,00 €, Zahlungsweise lt. Statut, einverstanden.

Konto-Nr.:

BLZ:

Institut:

Konto-Inhaber:

Einzug erfolgt lt. Statut, jährlich zum 31.01. fällig. Bei Eintritt in den Verein nach dem 31.01. eines Jahres wird der Jahresbeitrag zum 1. des übernächsten Monats fällig, spätestens aber bis zum 31.12. des laufenden Geschäftsjahres.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift