BEITRITTSERKLÄRUNG mit kostenfreier Probemitgliedschaft über 6 Monate

Bitte per Post oder per Mail zurück an
mitgliederservice@haevbw.de

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg

Persönliche Daten

Titel

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Privatadresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ haevbw.de
- ☐ Kollegin/Kollege
- ☐ Praxisberatung
- ☐ Fortbildung, Veranstaltung
- ☐ Medien (Zeitung, Social Media, o.ä.)
- ☐ Sonstiges_____

Praxisadresse

Praxisname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Facharztrichtung

LANR

☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

BSNR

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Arztstatus (nach der Probemitgliedschaft)

- ☐ Niedergelassene(r) Ärztin/Arzt seit: _____ 45,00 €
- ☐ Niedergelassene(r) Ärztin/Arzt seit: _____ bis 50% Versorgungsauftrag 35,00 €
  Zulassungsbescheid als Nachweis erforderlich.
- ☐ Ärztin/Arzt in Anstellung /30-40 h/Woche 35,00 €
  (ggf. geplante Niederlassung: _____)
- ☐ Ärztin/Arzt in Anstellung /10-29 h/Woche 20,75 €
  Nachweis erforderlich - siehe Anlage
- ☐ Ärztin/Arzt in Anstellung unter 10 h/Woche 13,75 €
  Nachweis erforderlich - siehe Anlage
- ☐ Ärztin/Arzt in Weiterbildung bis: _____ 10,75 €
  Nachweis erforderlich - siehe Anlage
- ☐ Studentin/Student frei
  Immatrikulationsbescheinigung erforderlich
- ☐ Elternzeit bis: _____ 10,75 €
  Bewilligungsbescheid für Elterngeld erforderlich

Ein Nachweis ist gemäß der Beitrags-u. Gebührenordnung bis zum 30.09. eines Jahres unaufgefordert für das Folgejahr in der Geschäftsstelle einzureichen. Ansonsten gilt ab dem 01.01. des Folgejahres der Beitragssatz für Vollzahler in Höhe von 45,00€/Monat.
Die Beiträge greifen nach Ablauf der Probemitgliedschaft.

SEPA-Lastschriftmandat (nach der Probemitgliedschaft) (Monatsbeitrag: halbjährlicher Einzug nach Ablauf der Probemitgliedschaft)

Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu bezahlenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen (Sepa-Lastschriftmandat). Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen gezogenen Lastschriften einzulösen (Zahlungsart wiederkehrende Zahlung).

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____ X_____

Ort, Datum Unterschrift

Beantragung der (Probe-)Mitgliedschaft

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Verbandszwecke erforderlich ist. Die Satzung unter haevbw.de/satzung und die Datenschutzhinweise im Anhang oder unter haevbw.de/datenschutzrichtlinien habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich verbindlich an.

Hiermit beantrage ich die (Probe-)Mitgliedschaft im Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Baden-Württemberg e. V.

_____ X_____

Datum, Ort Unterschrift

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e. V.
VR 5294 (Amtsgericht Stuttgart)
USt-ID DE 234718341

Vorstandsvorsitzende
Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth
Dr. Susanne Bublitz

Kontakt
Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart
info@haevbw.de
haevbw.de

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE09 3006 0601 0003 6790 12
BIC DAAEDEDDXXX

Anlage zur Beitrittserklärung
Nachweis Mitglieds-/Arztstatus

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg
Mitgliederservice
Kölner Straße 18
70376 Stuttgart

Mitgliederservice
Kontakt Daniela Wetzel
T +49 71121747-500
F +49 71121747-599
mitgliederservice@haevbw.de
Datum 2026-06-08

_____

Anrede

_____

Titel Vorname Name

_____

Straße, Hausnummer

_____

PLZ, Ort

Mein Arztstatus nach der Probemitgliedschaft:

☐	Studierende **(Immatrikulationsbescheinigung als Nachweis erforderlich)**	beitragsfrei**
☐	Ärztin/Arzt in Elternzeit **(Bewilligungsbescheid für Elterngeld als Nachweis erforderlich)**	10,75 Euro/Monat**
☐	Ärztin/Arzt in Weiterbildung	10,75 Euro/Monat**
☐	Ärztin/Arzt in Anstellung unter 10 h/Woche	13,75 Euro/Monat**
☐	Ärztin/Arzt in Anstellung/10-29 h/Woche	20,75 Euro/Monat**
☐	Niedergelassene(r) Ärztin/Arzt bis 50% Versorgungsauftrag **(Zulassungsbescheid als Nachweis erforderlich)**	35,00 Euro/Monat**

****Nachweis erforderlich**

Ein Nachweis ist gemäß der Beitrags-u. Gebührenordnung bis zum 30.09. eines Jahres unaufgefordert für das Folgejahr in der Geschäftsstelle einzureichen. Ansonsten gilt ab dem 01.01. des Folgejahres der Beitragssatz für Vollzahler in Höhe von 45,00€/Monat.

_____ _____

Datum, Unterschrift (Mitglied)

Datum, Unterschrift (Arbeitgeber)
Unterschrift des Arbeitgebers ist erforderlich.

Anlage zur Beitrittserklärung
Hinweis zum Datenschutz und dem SEPA Lastschriftmandat

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg

I. Datenschutzhinweise bei Verbandsbeitritt

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e. V. erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten seiner Mitglieder: *Anrede*, *Titel*, *Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Praxisart, Telefonnummern (Festnetz und/oder Mobilfunk), Faxnummer, E–Mailadresse, Bankverbindung, Arztstatus, LANR, BSNR, EFN*, sowie *Funktion des Mitglieds* (z.B. Vorstandsmitglied, Schatzmeister, Delegierter, etc.). Diese Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft verarbeitet und gespeichert. Als Mitglied des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes e. V. (Dachverband) muss der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg die nachstehend beschriebenen Mitgliederdaten an den Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln weitergeben: *Anrede*, *Titel*, *Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Praxisart, Telefonnummern (Festnetz und/oder Mobilfunk), Faxnummer, E–Mailadresse, Bankverbindung, Arztstatus, LANR, BSNR, EFN*, sowie *Funktion des Mitglieds* (z.B. Vorstandsmitglied, Schatzmeister, Delegierter, etc.).

Ferner übermittelt der Verband die nachstehend beschriebenen Daten seiner Mitglieder zum Zwecke der Erfüllung verbandlicher Aufgaben (Auftragsdatenverarbeitung) an seine Wirtschaftsgesellschaften z. B. Perspektive Hausarzt, Baden-Württemberg. Folgende Daten werden übermittelt bzw. weitergegeben: *Anrede*, *Titel*, *Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Praxisart, Telefonnummern (Festnetz und/oder Mobilfunk), Faxnummer, E–Mailadresse, Bankverbindung, Arztstatus, LANR, BSNR, EFN*, sowie *Funktion des Mitglieds* (z.B. Vorstandsmitglied, Schatzmeister, Delegierter, etc.).

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband stellt mir zu Beginn meiner Mitgliedschaft ein Hinweisblatt „*Hinweise zur Datenverarbeitung*“ zur Verfügung. Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

II. Datenverarbeitung aufgrund berechtigten Interesses:

Der Verband kann *Daten* und *Bilder* seiner Mitglieder auf der Website (Internet), in der Vereinszeitschrift oder in Rundschreiben veröffentlichen. Der Verband leitet die Daten seiner Mitglieder (*Anrede*, *Titel*, *Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Praxisart, Telefonnummern (Festnetz und/oder Mobilfunk), Faxnummer, E–Mailadresse, Bankverbindung, Arztstatus, LANR, BSNR, EFN*, *sowie Funktion im Verband*) an die *Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH (GVP) im Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, das IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e. V, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln und die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln* weiter, damit den Mitgliedern Service-, Fortbildungs- und sonstige Angebote und Informationen zur Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen (§§ 73b und 140a ff. SGB V) zur Kenntnis gebracht werden können. Zu diesem Zweck erhalten die Mitglieder des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Baden-Württemberg e. V vom Hausärztinnen -und Hausärzteverband e. V. und der ihm angeschlossenen Organisationen (*Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im Hausärztinnen- und Hausärzteverband mbH (GVP), der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, und dem IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V.*) weitere Informationen und Angebote – auch per E-Mail. Die Verarbeitung erfolgt aufgrund von Art. 6 lit. f DSGVO, da wir ein hohes Interesse daran haben, Ihnen die Vorteile der Mitgliedschaft näher zu bringen und Ihre Daten lediglich in Ihrer Eigenschaft als Unternehmer verarbeiten. Daher überwiegt unser Interesse an der Verarbeitung. Ich kann der Zusendung solcher Informationen und Angebote sowie der Veröffentlichung der Daten und Bilder jederzeit widersprechen.

III. SEPA-Lastschriftmandat

Lt. Beschluss der Delegiertenversammlung vom 09.04.2011 ist eine Mitgliedschaft nur bei Teilnahme am Beitragseinzugsverfahren möglich. Ich ermächtige durch meine Unterschrift den Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Baden-Württemberg e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung