

## **Berufsverband *der* Pneumologen Hamburg – Schleswig-Holstein e.V.**

### **Beitrittserklärung :**

Hierdurch erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband der Pneumologen Hamburg-Schleswig-Holstein e.V.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Mail:** \_\_\_\_\_

**Telefon :** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

Ich bin wie folgt tätig (bitte ankreuzen):

- In eigener Praxis niedergelassene Pneumologin
- angestellte Ärztin oder beamtete Pneumologin
- Pensionär

Der Mitglieds-Jahresbeitrag beträgt:

- a) In eigener Praxis niedergelassene, frei praktizierende Ärztin 625,- €
- b) Klinikerin, sonstige angestellte Ärztin oder beamtete Pneumologin 100,- €
- c) Pensionäre (kostenfrei)

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband widerruflich, die Beitragzahlungen von meinem Konto einzuziehen:

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

**Name Kontoinhabers:** \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

Ort, Datum,

Unterschrift

Bitte per Mail an den Schatzmeister des Landesverbandes Niels Thomsen:

[nie.thomsen@gmail.com](mailto:nie.thomsen@gmail.com) oder per Post an:

Niels Thomsen, Thiessensweg 25, 24837 Schleswig.