

Hausärzteverband Brandenburg e.V.
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Fax.-Nr. 0331 505 605 996

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied im Hausärzteverband Brandenburg e.V. werden.

.....
(Name) (Vorname)

.....
(Geburtsdatum) (E-Mail Adresse)

.....
(Telefon) (Fax)

.....
(Anschrift: Straße / PLZ / Ort)

.....
(Datum, Unterschrift, Stempel)

Mitglieder zahlen einen Jahresbeitrag von **240,- Euro**.

Ärztinnen/Ärzte im Ruhestand zahlen einen Jahresbeitrag von **120,-Euro**.

Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung sowie Studentinnen/Studenten sind beitragsfrei.