



**B H I**

# Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V.

Landhausstr. 10, 10717 Berlin, Tel. 030 / 863 96 110, Fax: 030 / 863 96 157  
Homepage: [www.Hausarzt-BHI.de](http://www.Hausarzt-BHI.de), E-mail: [Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de](mailto:Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de)

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich (Name) ..... (Vorname) ..... geb. am .....

Strasse:.....

PLZ ..... (Ort) ..... (Praxisanschrift)

Bundesland: .....

KV-Bezirk: .....

Tel.: ..... Fax: ..... (24 Stunden geschaltet: ja – nein)

Email: .....

erkläre durch meine Unterschrift, dass ich als hausärztlicher Internist gem. § 73 SGB V in eigener Praxis tätig bin und beantrage meine Aufnahme in den BHI oder in einen seiner Landesverbände zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich werde durch die Geschäftsführung des BHI informiert, ob es in meinem Bereich einen entsprechenden Landesverband gibt. (BHI-Einzelmitgliedschaft ist satzungsgemäß möglich, solange kein lokaler Landesverband besteht.) Ich bin darüber informiert, dass sich die Höhe des Jahresbeitrages nach den jeweils gültigen Satzungen der Landesverbände richtet und derzeit 100,- € beträgt.

(Ort)..... (Datum) .....  
Unterschrift / Stempel

Ich bitte um Zusendung des BHI-Newsletter (Bundesverband) an  Email  Fax

Ich bitte um Zusendung des Berliner VBHI-Newsletter an  Email  Fax

### LASTSCHRIFTEINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich erkläre mich durch meine Unterschrift damit einverstanden, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag für den Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. – BHI -, Landhausstr. 10, 10717 Berlin, widerruflich zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift eingezogen wird.

Konto-Nr.: .....BLZ.....

Bank: .....

Konto-Inhaber: .....

(Ort) ..... (Datum) .....  
Unterschrift / Stempel