

# Mitteldeutscher Landesverband der Rehabilitationsärzte e.V.



Geschäftsstelle  
 Dr. med. K. Regenspurger  
 Henry-van-de-Velde-Straße 2  
 99425 Weimar

Fax: 03643 573802

## Aufnahmeantrag in den Mitteldeutschen Landesverband der Rehabilitationsärzte e.V.

<b>Titel:</b>		<b>geb. am:</b>	
<b>Vorname:</b>		<b>Name:</b>	

<b>Arzt/FA für:</b>			
<b>Zusatzbezeichnungen:</b>			
<b>„in Weiterbildung zu“:</b>			
<b>Klinikarzt/Dienststellung:</b>			
<b>Vertragsarzt als:</b>			
<b>Angestellt:</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Selbstständig:</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Tätigkeitsprofil:</b>			

<b>Privatanschrift:</b>				
<b>Straße</b>			<b>Hausnummer</b>	
<b>Postleitzahl</b>		<b>Ort:</b>		<b>Bundesland</b>
<b>Tel.-Nr.:</b>			<b>Fax.-Nr.:</b>	
<b>E-Mail:</b>				

<b>Dienstanschrift:</b>				
<b>Institution:</b>			<b>Abteilung:</b>	
<b>Straße</b>			<b>Hausnummer</b>	
<b>Postleitzahl</b>		<b>Ort:</b>		<b>Bundesland</b>
<b>Tel.-Nr.:</b>			<b>Fax.-Nr.:</b>	
<b>E-Mail:</b>				

*Zur Einsparung von Porto und Papier sowie im Interesse eines effektiven Informationsaustausches benötigen wir eine aktive E-Mail-Adresse!*

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Mitteldeutschen Landesverband der Rehabilitationsärzte e.V.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass unter Einhaltung des Datenschutzes mit mir schriftlich oder per Email Kontakt aufgenommen und meine Adresse im aktuellen Mitgliederverzeichnis des Verbandes veröffentlicht werden kann.

Ich wünsche meine Nennung im öffentlichen Mitgliederverzeichnis:

- gar nicht                       nur mit Privatanschrift                       nur mit Dienstanschrift
- nur mit Telefonnummer                       ohne Telefonnummer                       nur mit E-Mail-Adresse
- mit allen Daten
- mit folgenden Daten:

---

Ohne Nennung (ankreuzen), kann aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Eintragung in das öffentliche Mitgliederverzeichnis erfolgen.

Zutreffender Mitgliedsbeitrag/Jahr (bitte ankreuzen):

- Facharzt, angestellter, niedergelassener Ärzte: 150,00 €
- Weiterbildungsassistenten zum Facharzt für PRM\*: 75,00 €
- Mitglied im BVPRM: 12,00 €
- Mitglieder im Rentenalter, Mitglieder ohne Erwerbstätigkeit\*: beitragsfrei

\* Bescheinigung erforderlich

Die Korrespondenz mit dem Verband soll erfolgen über:  Privatanschrift  Dienstanschrift

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift (Antragsteller)**

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

<b>Bankverbindung</b>			
<b>Geldinstitut:</b>			
<b>IBAN:</b>		<b>BIC:</b>	
<b>Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller):</b>			

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift (Antragsteller)**