

Antrag auf Aufnahme in die MEDI GbR

(Ihr Bezirk)

Beitrittserklärung zur Ärzteinitiative Berlin

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in die Ärzteinitiative Berlin e. V. und in die zugehörige MEDI GbR.

- Ich bin als Vertragsarzt/Vertragsärztin oder angestellte/r Arzt/Ärztin, als ermächtigte/r Arzt/Ärztin, oder als psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin beteiligt.
- Ich bin Rentner und möchte Fördermitglied werden.

Mit der Aufnahme erkenne ich die Regelungen der Satzung der Ärzteinitiative Berlin e. V. und den GbR-Vertrag der entsprechenden MEDI GbR als für mich verbindlich an.

.....
(Titel, Vorname, Name)

.....
(Gebietsbezeichnung und Schwerpunktbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung)

.....
(Praxisanschrift, Stempelnummer oder Kassenstempel)

.....
(e-mail Adresse, Fax, Telefon)

Der Jahresbeitrag beträgt 100 € pro Mitglied.

Gern können Sie MEDI auch mit einem höheren Beitrag fördern unterstützen, der ebenfalls steuerlich geltend gemacht werden kann.

Datenschutzerklärung

Mir ist bekannt, dass die Ärzteinitiative Berlin e.V. / MEDI-Verbund Berlin GmbH für Mitgliedsverwaltung und Gruppenverträge meine Daten speichern müssen und sich teilweise der Leistungen der Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bedienen. Mit der erforderlichen Speicherung und Verarbeitung meiner Daten erkläre ich mich einverstanden. Eine Weitergabe von Daten an Dritte erfolgt nicht ohne meine Zustimmung. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Berlin, den
(Datum, Unterschrift)

Bitte faxen (030 - 25 46 96 27) und senden an:

**MEDI-Verbund Berlin
Bleibtreustr. 24
10707 Berlin**