

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich,

Titel/Name: _____ Vorname: _____

Gebietsbezeichnung: _____

Geburtsdatum: _____ LANR: _____ BSNR: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Praxisort: _____

Gemeinschaftspraxis mit: _____ Angestellt bei: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

meine AUFNAHME in den MEDI GENO Deutschland e.V.

Ich bin an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt und im o. g. Bereich niedergelassen als

Vertragsarzt/Vertragsärztin ermächtigte/r Arzt/Ärztin psychologische/r Psychotherapeut/in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Ich bin an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt als

angestellte/r Arzt/Ärztin angestellte/r psychologische/r Psychotherapeut/in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Ich bin freiberuflich tätig als

niedergelassene/r Privatarzt/Privatärztin psychologische/r Psychotherapeut/in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Ich bin privatärztlich tätig als

angestellte/r Arzt/Ärztin angestellte/r psychologische/r Psychotherapeut/in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Mit der Aufnahme erkenne ich die Regelungen in den beiliegenden Unterlagen als für mich verbindlich an:

- Satzung MEDI GENO Deutschland e.V.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, ein Exemplar erhalten zu haben.

Einwilligungserklärung Datenverarbeitung:

- Mir ist bekannt, dass sich MEDI GENO Deutschland e.V. zur Abwicklung der Mitgliedsverwaltung teilweise der Leistungen seiner Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bedient. Mit der Verarbeitung meiner Daten durch die MEDIVERBUND AG im Auftrag des MEDI GENO Deutschland e.V. erkläre ich mich einverstanden.
- Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten sowohl durch die MEDIVERBUND AG als auch deren verbundene Unternehmen* für werbliche Zwecke verwendet werden dürfen. Eine Weitergabe von Daten an Dritte erfolgt grundsätzlich nicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

*MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH, Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e.V. (IFFM), MEDI Baden-Württemberg e.V., MEDI GENO Assekuranz GmbH

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat* (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000406263

Mandatsreferenz: entspricht der „Mitgliedsnummer“

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein MEDI GENO Deutschland e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

* Beitragsordnung laut Satzung vom 26.04.2012

Jahresbeiträge pro Arzt: Einzelpraxis: 120 € | Gemeinschaftspraxis 2 Ärzte: 90 € (alle Mitglied) | Gemeinschaftspraxis ab 3 Ärzte: 84 € (alle Mitglied) | Praxis im Verwandtschaftsverhältnis: 84 € (alle Mitglied) | Angestellte/r Arzt/Ärztin bzw. psych. Psychotherapeut/in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in: 60 € | Senioren bzw. angestellte Krankenhausarzt/-ärztin: 24 €

