

**Praxisverbund Wiesbaden e.V.**  
*c/o Praxis Collegium medizin-24*  
*Z.Hd. Dr.P. Hanke-Velten*  
**Schultheistrae 31**

**65191 Wiesbaden**

## ***Beitritserklarung zum Praxisverbund Wiesbaden e.V.***

Der Praxisverbund Wiesbaden hat den Zweck:

- Förderung der Gesundheit, der Qualität der medizinischen Versorgung in Wiesbaden, sowie Förderung des Gesundheitsstandortes.

Der Praxisverbund Wiesbaden hat zum Ziel:

- die Sicherung der Existenz freier Praxen
- Rationalisierungseffekte und Synergieeffekt und
- Aufbau einer eigenen Qualitätssicherung und eigener Qualitätsstandards

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit 240,00 Euro pro Kalenderjahr

**Hiermit trete ich dem Praxisverbund Wiesbaden e.V. bei.**

***Titel:***                      ***Vorname:***                      ***Nachname:***

***Geb. Datum:***

***PLZ:***                      ***Ort:***                      ***Straße:***

***Fachrichtung:***

***LANR:***                      ***BSNR:***                      ***EFN:***

***Praxisgrundung:***

Wiesbaden, den

Praxisstempel

## **Ermächtigung zum Einzug mittels Lastschriften**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Praxisverbund Wiesbaden e.V. 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 Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen

### **Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:**

***Titel:***                      ***Vorname:***                      ***Nachname:***

***PLZ:***                      ***Ort:***                      ***Straße:***

**Name der Bank**

**IBAN:**

**BIC:**

**Praxis-Tel.:**

**Praxis-Fax.:**

**Mobil-Nr.**

**E-Mail:**

Ort, Datum

Unterschrift