



## Aufnahmeantrag zum Verein „HNO-Ärzte Hessen“

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Titel: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Praxisanschrift & Praxisdaten:

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ & Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
@-Mail: \_\_\_\_\_  
Homepage: \_\_\_\_\_  
LANR: \_\_\_\_\_  
BSNR: \_\_\_\_\_  
Praxissoftware: \_\_\_\_\_  
Praxisöffnungszeiten: Mo \_\_\_\_\_  
Di \_\_\_\_\_  
Mi \_\_\_\_\_  
Do \_\_\_\_\_  
Fr \_\_\_\_\_  
Sa \_\_\_\_\_

### Privatanschrift:

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ & Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
@-Mail: \_\_\_\_\_

### Bankverbindung:

Bank: \_\_\_\_\_  
BZL: \_\_\_\_\_  
Kontonummer: \_\_\_\_\_

Der Einzug der einmaligen Aufnahmegebühr und des Mitgliedsbeitrags erfolgt per Lastschriftverfahren.

Folgende Leistungen werden in meiner Praxis standardmäßig erbracht (bitte auch Zusatzbezeichnungen und Schwerpunkte angeben):

- Akupunktur
- Allergologie
- ambulante Operationen
- plastische Operationen
- Belegärztl. Tätigkeit (Name & Ort Krankenhaus: \_\_\_\_\_)
- Lasertherapie
- Radiofrequenztherapie (RFT)
- BERA
- OAE
- Hörgeräteversorgung (verkürzter Versorgungsweg)
- Chirotherapie
- Tinnitusbehandlung
- Hörsturzbehandlung
- Schnarchdiagnostik (Somnografiescreening, Polysomnografie)
- Schnarchtherapie
- Naturheilverfahren
- Stimm- und Sprachbehandlung
- Sonstiges (bitte benennen)

Hiermit erkläre ich den Eintritt in den Verein „HNO-Ärzte Hessen“. Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung an. Ich bin damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der beantragten Vereinsmitgliedschaft stehenden Daten gespeichert werden und dies zur üblichen Betreuung und ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist. Die Vorschriften des Datenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt derzeit 500,- €. Der laufende monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 50,- € und wird auf das Vereinskonto per Lastschrift eingezogen.

\_\_\_\_\_, den

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Mitglied)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Vorstand)

Den Aufnahmeantrag bitte zurücksenden an „HNO-Ärzte Hessen e.V.“, z.Hd. Fr. Dr.med. Brunner, Tizianplatz 35, 64546 Mörfelden-Walldorff, per Post oder per Fax an 06105 – 277274.