

Anmeldung zum Dialogpartnerinnen-Programm



Persönliche Daten des/der Anmeldenden:

Anmeldende/r ist (bitte auswählen) Medizinische Fachangestellte (MFA) Arzt/Ärztin

Anrede Frau Herr

Vorname Nachname

Straße, Hausnummer
(Praxisanschrift, wenn MFA durch Ärzte angemeldet werden)

PLZ, Ort

Geburtsdatum des/der Anmeldenden

E-Mail- Adresse

Telefon

Wenn der/die Anmeldende Arzt/Ärztin ist:

BSNR: **LANR:** **Fachrichtung:**

Mitgliedschaft in der Ärztegenossenschaft

Mitgliedschaft im Praxisnetz

Bitte hier eintragen, wer zum Dialogpartnerinnen-Programm angemeldet wird:

Lfd. Nr.	Adresse	Name , Vorname	Geb.-Datum	Persönliche E-Mail-Adresse (wird für die Anmeldung benötigt!)
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Bei Praxisanmeldung werden im Regelfall je angemeldeter MFA 60 EUR jährlich im voraus (5 EUR je Monat) per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen (SEPA-Einwilligung siehe nächste Seite).

Die Ärztegenossenschaft Nord eG beteiligt sich bei ihren Mitgliedern hälftig am Beitrag!

Anmeldung zum Dialogpartnerinnen-Programm



Wenn der/die Anmeldende eine MFA ist:

Ich bin (bitte auswählen) berufstätige MFA MFA in Mutterschutz/Elternzeit arbeitslose MFA
 nichts von alledem, sondern _____

Für selbst zahlende MFA bieten wir folgende Zahlweisen an:

Zahlweise (5 EUR/Monat): 30 EUR halbjährlich im voraus 60 EUR jährlich im voraus

Bankverbindung für das SEPA-Lastschriftverfahren

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(22 Stellen - siehe Kontoauszug)

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Konto Inhaber

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(8 oder 11 Stellen - siehe Kontoauszug)

Hiermit ermächtige ich die Firma mediageno Verlags GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich Sorge für die nötige Deckung des Kontos und übernehme ggf. die Kosten für Rücklastschriften. Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Sie erhalten eine PDF-Rechnung für wiederkehrende Zahlungen kostenlos per E-Mail.**

Die folgenden vier Felder müssen angekreuzt sein:

- Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und erkläre mich mit diesen einverstanden.
- Ich habe die Widerrufsbelehrung vollständig gelesen.
- Ich stimme ausdrücklich zu, dass vor Ablauf der Widerrufsfrist mit der Ausführung des Vertrags begonnen wird. Mir ist bekannt, dass ich mit Beginn der Ausführung des Vertrages mein Widerrufsrecht verliere.
- Ich habe die Datenschutzerklärung vollständig gelesen.

Datum, Unterschrift d. Kontoinhabers (wenn abweichend von dem/der Anmeldenden)

Datum, Unterschrift des/der Anmeldenden

(bei Praxisinhabern auch Stempel)

Bitte ausgefüllt und unterschrieben per Fax an: 04551 – 9999 -282!