

BEITRITTSERKLÄRUNG

PVS Nr.: □□□□ – □□

PVS Nr.: □□□□ – □□

PVS Nr.: □□□□ – □□

Heinrich-Hertz-Straße 4
59423 Unna
Tel. 0 23 03 / 2 55 55-19
Fax 0 23 03 / 25 02 71
info@pvs-westfalen-sued.de
www.pvs-westfalen-sued.de

Name: Name:

Vorname: Vorname:

Geb.-Datum: Geb.-Datum:

Lebensl. Arztnr.: Lebensl. Arztnr.:

Arztbezeichnung: Arztbezeichnung:

.....

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Chefarzt/Ltd. Arzt

Postversand an Praxisanschrift

Straße: PLZ/Ort:

Postversand an Privatanschrift

Straße: PLZ/Ort:

Telefon Praxis: Telefax:

E-Mail:

Unter Anerkennung der Vereinssatzung erkläre(n) ich (wir) hiermit meinen (unseren) Beitritt zur

Privatärztlichen VerrechnungsStelle Westfalen-Süd rechtsfähig kraft Verleihung

Der Verein ist eine berufsständische Organisation der Ärzteschaft. Er wahrt und fördert die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der Mitglieder auf dem Gebiet der Privatpraxis.

Der Verein bezweckt u.a., die ärztlichen Mitglieder von nichtärztlichen Verwaltungsarbeiten zu befreien. Der Vereinsbeitrag beträgt monatlich 1,28 € und wird jährlich im Dezember dem PVS-Konto belastet. Der Austritt kann jederzeit mit monatlicher Kündigungsfrist durch eine schriftliche, bei dem Vorstand einzureichende Erklärung erfolgen.

Sämtliche Zahlungsangelegenheiten sind über die nachstehend aufgeführte Bankverbindung abzuwickeln.

Bankbezeichnung:

Bankleitzahl: Konto-Nr.:

BIC: IBAN:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en) / Arztstempel