

# Antrag auf Mitgliedschaft im PVF e.V.

| Persönliche Angaben         |       | Praxisangaben |       |
|-----------------------------|-------|---------------|-------|
| Anrede/Titel:               | _____ | Straße:       | _____ |
| Vorname:                    | _____ | PLZ/Ort:      | _____ |
| Nachname:                   | _____ | Telefon:      | _____ |
| E-Mail:                     | _____ | Telefax:      | _____ |
| Datum der<br>Niederlassung: | _____ | Praxisnummer: | _____ |

## Einzugsermächtigung (obligatorisch)

*Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag (in der jeweils von der Mitgliederversammlung gem. §4 Abs.2 PVF-Satzung beschlossenen Höhe, z.Z. 1. Jahr beitragsfrei für Neumitglieder \*. Ab dem 2. Jahr 250,- pro Jahr (200,- bei mehreren PVF-Mitgliedern in einer Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft)) **widerruflich** von meinem Konto eingezogen wird.*

**Für die Mitgliedschaft wird bis auf Weiteres kein Mitgliedsbeitrag erhoben.**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Institut: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_

## Erklärung

Ich bin ein in Deutschland tätiger Arzt für Pneumologie oder betreue schwerpunktmäßig pneumologische Patienten. Ich erkläre mich bereit, dieses auf Anfrage durch ergänzende Informationen/Unterlagen glaubhaft zu machen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxisstempel:

Den Antrag in Druckschrift oder maschinell ausfüllen und dann **unterschieden per Post** an den PVF e.V. zusenden.

\* Neumitglied ist nur, wer bislang noch nicht PVF-Mitglied war. Mitglieder, die aus dem Verband austreten und wieder eintreten, sind von dieser Regelung ausgenommen.

Friedenstraße 58  
15366 Neuenhagen bei Berlin

Tel: (0 33 42) 4 26 89 – 90  
Fax: (0 33 42) 4 26 89 – 99

[info@p-vf.de](mailto:info@p-vf.de)  
[www.p-vf.de](http://www.p-vf.de)