Regensburger Ärztenetz e.V.
Lieblstraße 10A
93059 Regensburg
FON 0941 / 569 55 606-0
FAX 0941 / 569 55 606-9
info@regensburger-aerztenetz.de

Beitrittserklärung zum Regensburger Ärztenetz e.V.

Die aktuelle Satzung habe ich erhalten, gelesen und erkläre mich inhaltlich damit einverstanden, insbesondere mit den Zielen des Netzes. Ich will aufgenommen werden als

- ○ Ordentliches Mitglied (haus- und fachärztlichen Vertragsärzte in Einzel- oder Praxisgemeinschaft in der Stadt Regensburg, Landkreis Rgb. und angrenzende Kommunen im Landkreis Kelheim)
- ○ Ordentliche Mitgliedschaft einer Gemeinschaftspraxis – Anzahl der Ärztl. Kollegen: _____ (jeweils bitte ein eigenes Formular wegen der Informationen für das Internetportal ausfüllen)
- ○ Kooperierendes Mitglied (Mikrobiologen, Nuklearmediziner, Pathologen, Radiologen oder Zahn-, Mund- und Kieferchirurgen sowie alle Zahnärzte)
- ○ Außerordentliches Mitglied (sonstige natürliche oder juristische Personen, ohne Stimmrecht)

_____

Ort und Datum | Name in Druckbuchstaben | Praxisstempel | Unterschrift

Informationen für unsere Mitgliederliste

_____ Fachgebiet

_____ Zusatzbezeichnung(en)

_____ Praxisanschrift / Firmenanschrift

_____ Fax-Nummer

_____ Telefon (Praxis)

_____ Mobiltelefon („Notfallnummer“, nicht für’s Internet)

_____ eMail (Praxis / Firma)

_____ eMail (Privat, nicht fürs Internet)

_____ Homepage

Rundbriefe will ich per (zutreffendes bitte markieren)
○ Fax ○ eMail (Praxis) ○ eMail (Privat)?

Einwilligung Lastschriftverfahren

Mit meinem Beitritt zum Verein erkläre ich mich (gem. § 6 Abs 1 der Satzung) damit einverstanden, den monatlichen Beitrag von meinem Konto abbuchen zu lassen. Das Recht des Widerrufes bleibt davon unberührt.

_____ Kontoinhaber

_____ Bankname

_____ Bankleitzahl

_____ Kontonummer

_____ Ort und Datum

_____ Unterschrift

_____ Praxisstempel / Firmenstempel

Für vereinsinterne Zwecke:
Bank | Internet | GPS Daten | Mitgliederliste