

Mitgliedsnummer	Arztnetz City Nord (ANCN) e.V. c/o Praxis Dr. med. Manfred Lapp Müllerstraße 40B, 13353 Berlin Email: info@praxis-lapp.de Website: www.arztnetz-city-nord.de	
-----------------	---	--

Mitgliedsantrag

Arztnetz City Nord (ANCN) e.V

Müllerstraße 40B

13353 Berlin

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in das Arztnetz City Nord.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich den Codex und die Satzung mit Rechten und Pflichten an.

Titel:..... Name & Vorname:.....Geburtsdatum:

Fachrichtung:.....

Spezialisierung(en):

Privat-Anschrift (nur für Buchhaltung) Ort:..... Postleitzahl:..... Straße:	Praxis-Anschrift (= Postadresse) Ort:..... Postleitzahl: Straße: Praxistelefon:.....
---	---

Kontaktdaten (werden NUR den Mitgliedern im INTERNEN Bereich der Website zugänglich gemacht)	
Telefon.....	email.....
Fax	Website.....
Mobiltelefon.....	Praxis-EDV.....

Hiermit ermächtige ich (Vorname Name)den Vorstand
vom Arztnetz City Nord (ANCN) widerruflich den jährlich anfallenden Mitgliedsbeitrag von 100,00 € bei
Fälligkeit zu Lasten meines u.g. Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

IBAN

BIC

ggf. anderer Kontoinhaber:.....

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

Arztnetz City Nord (ANCN) e.V Eintragung ins Vereinsregister beim Amtsgericht Berlin.

Mitgliedsnummer	Arztnetz City Nord (ANCN) e.V. c/o Praxis Dr. med. Manfred Lapp Müllerstraße 40B, 13353 Berlin Email: info@praxis-lapp.de Website: www.arztnetz-city-nord.de	
-----------------	---	--

Art der Mitgliedschaft

☐ Vollmitgliedschaft ☐ Kooperationspartnerschaft

Angaben zu meiner Praxis

Öffnungszeiten (werden auf der Website allen zugänglich gemacht)

Montag.....Dienstag.....

Mittwoch.....Donnerstag.....

Freitag.....Samstag.....

Besondere Leistungen (werden auf der Website allen zugänglich gemacht)

1.)	11.)
.....	
2.)	12.)
.....	
3.)	13.)
.....	
4.)	14.)
.....	
5.)	15.)
.....	
6.)	16.)
.....	
7.)	17.)
.....	
8.)	18.)
.....	
9.)	19.)
.....	
10.)	20.)
.....	

☐ Ich habe auch Interesse an der Teilnahme am netzinternen Fortbildungszirkel Hausarztakademie Wedding

Ich verpflichte mich,

- a) die Aktualisierung und Pflege der o.g. Informationen eigenverantwortlich auch auf der Website vorzunehmen
- b) Das persönliche Login vertraulich zu behandeln und nicht an Andere weiterzugeben.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)