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.

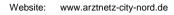
Mit meiner Unterschrift erkenne ich den Codex und die Satzung mit Rechten und Pflichten an.

Titel: Name & Vorname:	Geburtsdatum:
Fachrichtung:	
Spezialisierung(en):	
Privat-Anschrift (nur für Buchhaltung)	Praxis-Anschrift (= Postadresse)
Ort:	Ort
Postleitzahl:	Postleitzahl:
Straße:	Praxistelefon:
Kontaktdaten (werden NUR den Mitgliedern im INTERNEN Bereich	der Website zugänglich gemacht)
Telefon ema	ıil
Fax Wel	osite
MobiltelefonPrax	is-EDV
Hiermit ermächtige ich (Vorname Name)	den Vorstand
vom Arztnetz City Nord (ANCN) widerruflich den jä	· · ·
Fälligkeit zu Lasten meines u.g. Girokontos durch Last	schrift einzuziehen.
IBAN	
BIC	
ggf. anderer Kontoinhaber:	ens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
( Ort, Datum, Unterschrift )	

## Mitgliedsnummer

Arztnetz City Nord (ANCN) e.V.

c/o Praxis Dr. med.Manfred Lapp Müllerstraße 40B, 13353 Berlin Email: info@praxis-lapp.de





☐ Vollmitgliedschaft ☐ Kooperationspartnerschaft		
Angaben zu meiner Praxis		
Öffnungszeiten (werden auf der Website allen zugänglich gemacht)		
Montag	Dienstag	
MittwochDonnerstag		
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 Teilna	ahme am netzinternen Fortbildungszirkel Hausarztakademie Wedding	
ch verpflichte mich,		
·	der o.g. Informationen eigenverantwortlich auch auf der Website	
b) Das persönliche Login vertraulich zu behandeln und nicht an Andere weiterzugeben.		
Ort, Datum, Unterschrift )		