



Praxisnetz Region Kassel Nord

Büro: Nordstr. 9A, 34246 Vellmar,
Tel. 0561 82028585, Fax. 0561 82028584

Vorstand: Dr. Ragab, Sibylle Mittnacht,
Dr. Schmidt, Dr. Münch, Dr. Krieger

Beitrittserklärung

Name: -----

Straße: -----

PLZ., Ort: -----

Telefon: -----

Fax: -----

E-Mail: -----

Fachrichtung: -----

(bei Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften ist eine Beitrittserklärung für jeden Arzt erforderlich)

Wenn Post vom Praxisnetz an die Privatadresse gesendet werden soll, bitte Angabe der Privatadresse:

Ja, ich möchte Mitglied im

Praxisnetz Region Kassel Nord werden.

Die Satzung habe ich in Kenntnis genommen und erkläre hiermit meinen Beitritt zum:-----

Jahresbeitrag gemäß Beschluss der Gesellschaftsversammlung.

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift

Kontoverbindung: Praxisnetz Region Kassel Nord
Deutsche Apotheker und Ärztebank
IBAN: DE11 3006 0601 0008 3135 39