

Ärztenez Friedrichshain

Rudolfstr. 9/10 – Ehrenbergstraße 11
in 10245 Berlin
info@aerztenetz-friedrichshain.de
www.aerztenetz-friedrichshain.de
Faxnummer: +49 30 . 427 80 343



Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in den Verein „Ärztenez Friedrichshain e.V.“. Ich habe die Statuten des Vereins zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Ich kann mündlich jederzeit vom Vereinsbeitritt zurücktreten.

Der Beitritt zum Verein „Ärztenez Friedrichshain“ erfolgt vollständig erst mit der Überweisung des Vereinsbeitrages von €50.- pro Jahr.

Name *	_____	Vorname *	_____
Titel	_____	Geburtsdatum	_____
Gebietsbezeichnung	_____		
<u>Praxis</u>			
Straße/Hausnummer*	_____		
Postleitzahl*	_____	Ort*	_____
Land*	_____		
Telefon	_____	Fax	_____
Homepage	_____		
Email	_____		

Ich bin mit einer Veröffentlichung meines Namens in der Mitgliederliste einverstanden

Ja

Nein

Ich möchte über die Vereinsaktivitäten per E-Mail informiert werden

Ja

Nein

Die mit * gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden.

Berlin, den

Name, Unterschrift, KV-Stempel

Bankverbindung: Deutsche Kreditbank AG, Kontonummer: 20093480, Bankleitzahl: 120 300 00