

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname* _____

Geburtsdatum _____

Praxisadresse* _____

Email _____

BSNR * _____

LANR * _____

*Pflichtfeld

die Aufnahme in den Verein Praxisnetz Reinickendorf e.V..

Die Satzung kann auf der Internetseite eingesehen werden.

Eine Aufnahmegebühr ist nicht fällig, ein Vereinsbeitrag kann von der Mitgliederversammlung beschlossen und dann erhoben werden.

Ort, Datum

Unterschrift