



Beitrittsgesuch

- Einzugsermächtigung -

Geschäftsstelle des
ÄrzteNetzes Hamburg e.V.
Eidelstedter Platz 1

22523 Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren im Vorstand des ÄrzteNetzes Hamburg,

nach Kenntnisnahme und Billigung der Satzung des ÄrzteNetzes Hamburg beantrage ich meinen Beitritt zum ÄrzteNetz Hamburg e.V. mit Wirkung zum Ersten des nächsten Monats. Gleichzeitig erkläre ich hiermit meine Teilnahme am ÄNHH-Terminpool.

Die Satzung wurde mir in der aktuellen Fassung bekannt gegeben und ausgehändigt.

_____ (Unterschrift des/aller Erklärenden)	_____ (Praxisstempel)
_____ Titel, Name, Vorname	_____ Geb.-Datum
_____ Fachrichtung	_____ Zusatzbezeichnung
_____ Telefon	_____ Telefax
_____ E-Mail – dringend erforderlich!	_____ Hamburg, Ort, Datum

Den Quartalsbeitrag zahle ich per Einzugsermächtigung

_____ IBAN	_____ BIC
_____ Geldinstitut	_____ Ort, Datum
	_____ Unterschrift