

MITGLIEDSANTRAG



Geschäftsstelle
ÄrzteNetzHamburg e.V.
Eidelstedter Platz 1

22523 Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren im Vorstand des ÄrzteNetzesHamburg,

nach Kenntnisnahme und Billigung der Satzung des ÄrzteNetzesHamburg, beantrage ich meinen Beitritt zum ÄrzteNetzHamburg e.V. mit Wirkung zum Ersten des nächsten Monats. Selbstverständlich bin ich damit einverstanden, als Arzt/Netzmitglied auf der Vereinsliste mit folgenden Kontaktdaten zu erscheinen. Gleiches gilt für die Website (www.aerztenetz-hamburg.de) sowie andere Veröffentlichungen des Netzes.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Titel, Nachname, Vorname

Geburtsdatum
(wird nicht veröffentlicht)

Fachrichtung

Zusatzbezeichnung

Telefon

Fax

GZ

Internet-Auftritt

Hiermit willige ich ein, dass mir das ÄrzteNetzHamburg einen Newsletter sowie andere Netzinformationen an meine E-Mail-Adresse schickt: Mit ist bekannt, dass ich jederzeit dieser Einwilligung widersprechen kann.

E-Mail-Adresse
(wird nicht veröffentlicht)

Ich möchte am ÄNHH-Terminpool teilnehmen, damit ich meinen Patienten schneller Termine bei den anderen Mitgliedern buchen kann und stelle selber Vorzugstermine für die Patienten der anderen Mitglieder zur Verfügung. Die Teilnahme kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

MITGLIEDSANTRAG



Mit ist bekannt, dass der Verein auch eine Facebook-Seite betreibt und dort u. a. über Veranstaltungen berichtet. Ich möchte dies unterstützen und habe nichts gegen die Erwähnung meines Namens oder Ablichtung von Veranstaltungsfotos u. a. mit meiner Person. Ich weiß, dass ich dieser Einwilligung jederzeit widersprechen kann und auch dass eine Löschung bisheriger Veröffentlichungen vom Verein schwer bzw. gar nicht beeinflusst werden kann.

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

Unterschrift des/aller Erklärenden

Praxisstempel

Gläubigeridentifikationsnummer: DE97 ZMB 0000 1070655

Mandatsreferenz: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (wird vom ÄNH vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtigen ich/wir den ÄrzteNetzHamburg e.V. von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von dem ÄrzteNetzHamburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastenschriften einzulösen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Ort, Datum

Unterschrift