

**Antrag auf Mitgliedschaft im PRAXISNETZ Kiel e. V.  
- Ärzte und Psychotherapeuten -**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im PRAXISNETZ Kiel e. V.

- als **Ordentliches Mitglied.**  
 als **Assoziiertes Mitglied.**

Als Ordentliches Mitglied wünsche ich

- die **Zusatzmitgliedschaft nach SGB V § 87b (Netzförderung).**  
(Diese Mitgliedschaftsform ist ausschließlich für niedergelassene Ärzte oder Psychotherapeuten.)
- Ich bin niedergelassene(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin
- in eigener Praxis
- in einer Gemeinschaftspraxis mit \_\_\_\_\_
- in einer Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_
- Ich bin angestellte(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin  
in der Praxis von \_\_\_\_\_
- Ich bin Arzt / Ärztin / Psychotherapeut / Psychotherapeutin im Ruhestand.

Persönliche Angaben:

Titel / Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Praxisinformationen:

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

KV-SafeNet:  vorhanden  beantragt  nein

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Faxnr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

*Das PRAXISNETZ Kiel e. V. verwendet Ihre E-Mail-Adresse ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken.*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Praxisstempel

**Bitte beachten Sie, dass Ihre Mitgliedschaft erst nach Rücksendung der unterschriebenen Beitrittserklärung wirksam wird. Diese und weitere Unterlagen werden Ihnen nach positiver Vorstandsabstimmung zugesandt.**

Dieser Antrag kann innerhalb von 14 Tagen widerrufen werden.