

An
PRAXISNETZ Kiel e. V.
Steekberg 7
24107 Kiel

Antrag Wechsel des Mitgliedschaftsstatus

Hiermit beantrage ich den Wechsel zur

- Ordentlichen Mitgliedschaft**
- Ordentlichen Mitgliedschaft mit Zusatzmitgliedschaft (Netzförderung)**
(Diese Mitgliedschaft ist ausschließlich für niedergelassene Ärzte / Psychotherapeuten.)
- Assoziierten Mitgliedschaft**
(Niedergelassener / Angestellter Arzt oder Psychotherapeut, Arzt / Psychotherapeut im Ruhestand)

Der anfallende Mitgliedsbeitrag wird mit der bereits bezahlten Summe verrechnet. Ein Exemplar der Satzung des PRAXISNETZES Kiel e. V. habe ich erhalten und nehme zur Kenntnis, dass diese in ihrer jeweils gültigen Fassung, unter www.praxisnetz-kiel.de abrufbar, verbindlich ist.

Diesen Antrag kann ich innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift, Praxisstempel