

An  
PRAXISNETZ Kiel e. V.  
Steekberg 7  
24107 Kiel

## Beitrittserklärung Ärzte / Psychotherapeuten

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt im PRAXISNETZ Kiel e. V. als

- Ordentliches Mitglied**
- Assoziiertes Mitglied**  
(Niedergelassener / Angestellter Arzt oder Psychotherapeut, Arzt / Psychotherapeut im Ruhestand)

Als Ordentliches Mitglied wünsche ich

- Ordentliche Mitgliedschaft mit Zusatzmitgliedschaft (Netzförderung)**  
(Diese Mitgliedschaft ist ausschließlich für niedergelassene Ärzte / Psychotherapeuten.)

Ein Exemplar der Satzung, der Beitragsordnung sowie die Erläuterungen zum Mitgliederstatus habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für die netzinterne Nutzung gespeichert werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mit meinem Eintritt in den Verein die Satzung des PRAXISNETZES Kiel e. V. in ihrer jeweils gültigen Fassung, unter [www.praxisnetz-kiel.de](http://www.praxisnetz-kiel.de) abrufbar, verbindlich ist.

Diese Beitrittserklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Name, Vorname

---

Unterschrift, Praxisstempel