

An
PRAXISNETZ Kiel e. V.
Steekberg 7
24107 Kiel

Beitrittserklärung Ärzte / Psychotherapeuten

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

- Praxisinhaber / Ärztlicher Leiter**
- Mitglied angestellt**
- Fördermitglied**
(Diese Mitgliedschaft ist ausschließlich für ehemals vertragsärztlich tätige 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 PRAXISNETZ Kiel e. V. in ihrer jeweils gültigen Fassung, unter www.praxisnetz-kiel.de abrufbar, verbindlich ist.

Diese Beitrittserklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Hinweis: Ihre Mitgliedschaft beginnt mit Eingang der Beitrittserklärung in der Geschäftsstelle.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift, Praxisstempel