

## Anmeldeformular zum Praxis-Partnerinnen-System

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt per **Fax 0431 / 97 19 911** an die Geschäftsstelle.

Ich möchte als Praxis-Partnerin das PRAXISNETZ Kiel e. V. mitgestalten und an den monatlichen Treffen (ca. 1 Stunde) teilnehmen sowie alle Informationen erhalten.

### **Persönliche Angaben**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

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

### **Persönliche Bankverbindung (für Aufwandsentschädigung der Treffen)**

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxis-Partnerin

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Teilnahme meiner Angestellten am Praxis-Partnerinnen-System zu.

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

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