

KONTAKTDATEN

Name (in Druckbuchstaben) _____

Praxisname und Anschrift _____

LANR _____ **BSNR** _____

EFN _____

Telefon (Praxis) _____ **Fax** (Praxis) _____

E-Mail (Praxis) _____ **Website** _____

E-Mail privat _____ **Mobilnummer** _____
(nur zur internen Verwendung) (nur zur internen Verwendung)

ZUSATZDATEN

Fachgebiet(e) _____

Zusatzbezeichnung(en) _____

Arztbezeichnung Hausarzt Facharzt

Arztstatus Zulassung Anstellung

Praxiskonstellation Einzelpraxis
 Praxisgemeinschaft
 Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft
 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (mit MVZ)
 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ohne MVZ)
 Medizinisches Versorgungszentrum

AUFNAHME

Ich möchte aufgenommen werden als (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ordentliches Vollmitglied (haus- und fachärztliche Vertragsärzte in Einzel- oder Praxisgemeinschaft mit Versorgungsschwerpunkt im Großraum Regensburg; 150,-€ Mitgliedsbeitrag im Quartal)
- Außerordentliches Mitglied (ohne Stimmrecht; 150,- € Mitgliedsbeitrag im Quartal, Beschlussvorbehalt des Vorstands): sonstige natürliche oder juristische Personen
- Außerordentliches Mitglied (ohne Stimmrecht, beitragsfrei): approbierter (Zahn)Arzt (m/w) mit Interesse an Niederlassung

SATZUNG UND DATEN

Die aktuell gültige Satzung habe ich auf der Website zur Kenntnis genommen und erkläre mich sowohl inhaltlich als auch insbesondere mit den Zielen des Netzes einverstanden. Die halbjährliche Kündigungsfrist zum 01.01. bzw. 01.07. habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum _____ Unterschrift _____
Stempel

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer DE77ZZZ00000292784

Mandatsreferenz (wird nachgetragen) _____

Ich ermächtige das Regensburger Ärztenetz e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Regensburger Ärztenetz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____

Anschrift _____

Kreditinstitut (Name) _____

Kreditinstitut (BIC, zweiter Teil optional) _____

IBAN DE _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Regensburger Ärztenetz e.V.

Bismarckplatz 5, 93047 Regensburg · Tel. (0941) 569 596-0 · Fax (0941) 37 800 70-9 · www.regensburger-aerztenetz.de