

Mitgliedsantrag „Praxisnetz Kreis Gütersloh e.V.“

Persönliche Daten

- Name, Vorname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Anschrift: _____
- Telefonnummer: _____
- E-Mail-Adresse (privat): _____

Angaben zur Praxisstruktur

- Praxisadresse: _____
- Anzahl der behandelnden Ärzte: _____
- Status (angestellt, Praxisinhaber/in): _____
- Homepage (falls vorhanden): _____
- E-Mail-Adresse (beruflich): _____
- Schwerpunkte der Praxis:

Rechtliche Hinweise

Ich erkläre hiermit meinen verbindlichen Wunsch, dem „Praxisnetz Kreis Gütersloh e.V.“ beizutreten. Mit der Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Satzung. Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 50.- Euro.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Vereinsaktivitäten zu. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Unterschrift

Ort, Datum: _____

Unterschrift Antragsteller/in: _____