

Ärztenetz Brandenburg an der Havel e.V.

Vereinssitz: Steinstr. 60, 14776 Brandenburg
Tel. (03381) 79 43 637, Fax: 79 43 638, www.aerztenetz-brb.de
E-Mail: vvs@aerztenetz-brb.de



Beitrittserklärung zum Ärztenetz Brandenburg an der Havel e.V.

Die aktuelle Satzung habe ich erhalten und gelesen. Ich bin mit den Zielen des Netzes einverstanden und möchte dem Verein beitreten.

Folgende Angaben werden auf unserer Internetseite (www.aerztenetz-brb.de) veröffentlicht:

Fachgebiet/Zusatzbez.:

Titel, Name:

Praxisanschrift:

Praxistelefon/-fax:

Homepage:

Praxis E-Mail:

Für vereinsinterne Zwecke:

Erreichbarkeit für Vereinsmitglieder:
(Mobiltelefon/„Notfallnummer“)

E-Mail-Adresse und Faxnummer:
(für Rundbriefe, Einladungen etc.)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift