



## Beitrittsantrag zum Gesundheitsnetz Leinetal

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Name : ..... Vorname : .....

Geburtsdatum : .....

Wohnort (mit Postleitzahl) : .....

Straße (mit Hausnummer) : .....

Telefon : ..... Fax : .....

Email : .....

Praxis-Firmenanschrift : .....

Ort (mit Postleitzahl) : .....

Straße (mit Hausnummer) : .....

Telefon : ..... Fax : .....

Email : .....

Tätig als : .....  
Berufsbezeichnung oder (Facharzt/Gebietsbezeichnung)

Ich bin mit der Satzung des Gesundheitsnetzes Leinetal vertraut und einverstanden.  
Ich bin mit der Schaffung einer gemeinsamen Kommunikationsplattform einverstanden.  
(Fax/Email)

Ich beantrage hiermit meine Mitgliedschaft als förderndes Mitglied :   
als ordentliches Mitglied :   
bitte ankreuzen

Ich habe folgende Zusatzqualifikationen oder Interessenschwerpunkte:  
.....

Ich möchte gerne in folgenden Gruppen/Qualitätszirkeln mit arbeiten :  
.....

Ich erteile dem Gesundheitsnetz Leinetal e.V. eine jederzeit widerrufbare Einzugs-  
ermächtigung für meine Beiträge. (Beitriffsbeitrag beträgt einmalig 100 Euro und  
dann 50 Euro/Quartal). Der Beitrag wird pro Person erhoben.  
Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:  
(Der Beitrag wird zum 1.Tag des Folgequartals fällig)

Kontonummer : ..... Bankleitzahl : .....

Bankinstitut : .....

Datum : ..... Ort : .....

Unterschrift : .....

Praxisstempel