

BEITRITTSGESUCH

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Facharzt _____

Adresse _____

Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Praxistätigkeit ab _____

Praxisübernahme von _____

Neueröffnung (eigene Konkordatsnummer, selbständige Abrechnung mit ZSR)

Einzelpraxis

Gruppenpraxis mit _____

EAN-Nummer _____

ZSR-Nummer _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im DocNet Säuliamt. Ich bestätige, dass ich die aktuellen Statuten sowie das Anteilscheinreglement erhalten habe, mich mit allen Rechten und Pflichten einverstanden erkläre, und dass ich die vorgegeben Aufnahmebedingungen erfülle.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Der Beitrittserklärung sind Kopien der Praxisbewilligung, des Staatsexamensdiploms und des Facharzt diploms beizulegen.

Aufnahmebestätigung

Ort, Datum _____

Unterschrift im
Namen des Vereins _____