

**AUFNAHMEANTRAG  
und  
BEITRITTSERKLÄRUNG**

Ich bitte um die Aufnahme in das

**Lübecker Ärztenetz e.V.  
Meesenring 1  
23566 Lübeck**

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und bestätige hiermit, dass ich diese sowie die Beitragsordnung erhalten habe.

Titel/Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Praxis-Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ (Mobil) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Ich bin niedergelassene/r Ärztin/Arzt  Ich bin angestellte/r Ärztin/Arzt

In meiner Praxis ist KV-SafeNet/Telematik Infrastruktur (TI) incl. KV-SafeNet installiert: Ja  Nein

Lastschriftermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrags habe ich auf einem gesonderten Formular erteilt.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Stempel: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vermerk des Vorstandes: \_\_\_\_\_