

**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: _____