

Ärzteverbund Oberpfalz Nord e.V.
c/o GPN GesundPlus Netzwerk GmbH
Bismarckplatz 5
93047 Regensburg

Beitrittserklärung zum Ärzteverbund Oberpfalz Nord e.V.

Name in Druckbuchstaben

Praxisname und Anschrift

Ich möchte aufgenommen werden als (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ordentliches Vollmitglied (haus- und fachärztliche Vertragsärzte in Einzel- oder Praxisgemeinschaft mit Versorgungsschwerpunkt im Großraum Weiden 120,-€ Mitgliedsbeitrag im Halbjahr)
- Außerordentliches Mitglied (ohne Stimmrecht, 120,-€ Mitgliedsbeitrag im Halbjahr, Beschlussvorbehalt des Vorstands): sonstige natürliche oder juristische Personen
- Außerordentliches Mitglied (ohne Stimmrecht, beitragsfrei): approbierter (Zahn)Arzt (m/w) mit Interesse an Niederlassung, bzw. im Ruhestand

Die aktuelle Satzung habe ich auf der Website zur Kenntnis genommen.

_____, den _____



Titel
Vorname
Nachname

LANR
EFN
Mobilfunk (nur intern)
Gebietsbezeichnung 1
Gebietsbezeichnung 2
Gebietsbezeichnung 3

Zusatzbezeichnung 1
Zusatzbezeichnung 2
Zusatzbezeichnung 3
Zusatzbezeichnung 4
Zusatzbezeichnung 5
Zusatzbezeichnung 6

Praxisname

Praxisanschrift
Praxistelefon
Praxisfax
eArztbrief-Adresse
BSNR

Praxishomepage
Praxis eMail
direkte eMail (für Infos)

Arztbezeichnung: *(bitte ankreuzen)*

Facharzt / Hausarzt

Arztstatus: *(bitte ankreuzen)*

Zulassung / Anstellung

Praxiskonstellation: *(bitte ankreuzen)*

Einzelpraxis / Praxisgemeinschaft
 Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (mit MVZ)
 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ohne MVZ) Medizinisches Versorgungszentrum



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE14ZZZ00000398484**
Mandatsreferenz (wird nachgetragen) _____

Ich ermächtige den Ärzteverbund Oberpfalz Nord e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärzteverbund Oberpfalz Nord e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Anschrift

_____/_____
Kreditinstitut (Name) Kreditinstitut (BIC, zweiter Teil optional)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

_____, den
Ort Datum Unterschrift

