

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

