



ÄRZTENETZ

NIEDERRHEIN

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Ärztenetz Niederrhein.

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Praxisanschrift: _____

Email: _____

Homepage/
Domain Name _____

Tel. Nr. _____

Fax. Nr. _____

Praxis-EDV System _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift:



ÄRZTENETZ

NIEDERRHEIN

Einzugsermächtigung:

Name des Kontoinhabers: _____

Konto Nr. : _____

BLZ: _____

Name der Bank: _____

Hiermit gestatte ich **widerruflich** den Einzug des Mitglieds- und des Aufnahmebetrages (pro Praxissitz 500 €, pro Krankenhaus 2000 €) für das Ärztenetz Niederrhein vom obigen Konto.

Datum/Ort:

Unterschrift: