



Ärztliches Praxisnetz Neumarkt e. V. * Regensburger Straße 109 * 92318 Neumarkt/OPf.
Telefon 09181 50902100 * Fax 09181 50902150 * www.aerztenetz-neumarkt.de

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Aufnahme in das „Ärztliches Praxisnetz Neumarkt e.V.“

NAME _____

FACHRICHTUNG _____

ADRESSE _____

TELEFON _____

ggf. Erreichbarkeit
außerhalb der Sprechstunden _____

FAX _____

E-MAIL _____

LANR
(lebenslange Arztnummer
9-stellig) _____

BETRIEBSTÄTTEN-NR.
(9-stellig) _____

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT / STEMPEL

**Voraussetzung für die Mitgliedschaft ist laut Satzung die Gewährung einer
Abbuchungserlaubnis für den Mitgliedsbeitrag.**

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 200,00 Euro.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DEZ2ZZZ0001280070

Hiermit gewähre ich die Abbuchungserlaubnis des Mitgliedsbeitrags von meinem Konto.

BANK _____

IBAN _____

BIC _____

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT

Zu senden an:

Herr Dr. med. Heiko Teltschik
Schatzmeister Ärztenetz Neumarkt
Nürnberger Str. 2
92318 Neumarkt/OPf.