



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)

PRAXISKONSTELLATION Einzelpraxis

(bitte ankreuzen) Praxisgemeinschaft

örtliche Berufsausübungsgemeinschaft.

überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (mit MVZ)

ARZTSTATUS Zulassung Anstellung

ORT _____ DATUM _____ UNTERSCHRIFT / STEMPEL _____

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

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 200 Euro, für angestellte Ärzte 100 Euro.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE2ZZZ0001280070**

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.