



Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft im Torgauer Ärztenetz e.V.:

Hiermit beantrage ich:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer

.....
Beruf/Facharzt für

.....
LANR

.....
PLZ, Praxisort, Straße, Hausnummer

.....
Telefon/ Handy

.....
Fax

.....
e-Mail

ab dem die Mitgliedschaft im Torgauer Ärztenetz.

Ich erkenne die Satzung und Ordnungen des Vereins an und überweise einen Aufnahmebeitrag von 50,- € auf das Konto des Vereins.

.....
Datum, Unterschrift Antragsteller

..... ✂ ✂
bitte abtrennen

Kontoverbindung Torgauer Ärztenetz e.V.
Kreditinstitut: Raiffeisenbank Torgau e.G.
IBAN: DE77 8606 9070 0100 0600 00
BIC: GENODEF1TGB