

An
PRAXISNETZ Kiel e. V.
Steekberg 7
24107 Kiel

Antrag Wechsel des Mitgliedschaftsstatus

Hiermit beantrage ich den Wechsel zur

- Mitgliedschaft als Praxisinhaber /Ärztlicher Leiter**
- Mitgliedschaft als angestellt**
(Diese Mitgliedschaft ist ausschließlich für angestellte Ärzte / Psychotherapeuten.)
- Fördermitgliedschaft**
(Diese Mitgliedschaft ist ausschließlich für ehemals vertragsärztlich tätige Ärzte / Psychotherapeuten.)

Der anfallende Mitgliedsbeitrag wird mit der bereits bezahlten Summe verrechnet. Ein Exemplar der Satzung des PRAXISNETZ Kiel e. V. habe ich erhalten und nehme zur Kenntnis, dass diese in ihrer jeweils gültigen Fassung, unter www.praxisnetz-kiel.de abrufbar, verbindlich ist.

Diesen Antrag kann ich innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift, Praxisstempel