

Anmeldeformular zum Praxis-Partnerinnen-System

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt per **Fax 0431 / 97 19 911** oder **per Email an info@praxisnetz-kiel.de** an die Geschäftsstelle.

Ich möchte als Praxis-Partnerin das PRAXISNETZ Kiel e. V. mitgestalten und an den monatlichen Treffen (ca. 1 Stunde) teilnehmen sowie alle Informationen erhalten.

Persönliche Angaben (Bitte deutlich schreiben!)

Vor- und Nachname: _____

Praxis: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Das PRAXISNETZ Kiel e. V. verwendet Ihre E-Mail-Adresse ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken.

Persönliche Bankverbindung (für Aufwandsentschädigung der Treffen)

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

Ort, Datum

Unterschrift Praxis-Partnerin

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Teilnahme meiner Angestellten am Praxis-Partnerinnen-System zu.

Ort, Datum

Praxisstempel / Unterschrift Arzt