

Aufnahmeantrag Leipziger Gesundheitsnetz e.V.

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Aufnahme in den Leipziger Gesundheitsnetz e.V. mit Wirkung vom Ersten des Monats nach Annahme des Antrags.

Die Satzung (PDF s. <https://www.gesundheitsnetz-leipzig.de/mitglied-werden/>) wurde mir bekannt gegeben und ausgehändigt. Die schriftliche Kommunikation im Leipziger Gesundheitsnetz e.V. erfolgt in Form von E-Mails. Den Mitgliedsbeitrag und die einmalige Aufnahmegebühr zahle ich per Lastschrift. Das SEPA-Lastschriftmandat und weitere Stammdaten erfassen wir nach Bestätigung Ihres Aufnahmeantrages durch den Vorstand separat.

Titel, Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Fachrichtung

Zusatzbezeichnung und Schwerpunkte

Private E-Mail-Adresse Mitglied (nicht öffentlich)

Mobiltelefonnummer (nicht öffentlich)

Arztnummer (LANR) oder Stempel

Betriebsstättennummer (BSNR) oder Stempel

Elektronische Fortbildungsnummer (EFN)

Praxisanschrift – Straße, Hausnummer, PLZ, Ort oder Stempel

Privatanschrift – Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (nicht öffentlich)

Ich habe die Datenschutzerklärung des Leipziger Gesundheitsnetz e.V. (Stand: 12.10.2018, PDF s. <https://www.gesundheitsnetz-leipzig.de/mitglied-werden/>) empfangen, gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift / Praxisstempel

