



Alternativ digital ausfüllen unter dem Link/QR-Code:
www.gesundheitsnetz-leipzig.de/mavm

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

