

BEITRITTSERKLÄRUNG

Praxisverbund Werdenfels e.V., Von-Brug-Str. 13, 82467 Garmisch-Partenkirchen
Tel: 08821-9524110, Fax: 08821-9524112, Mail: medicus@aerzte-werdenfels.de
Homepage: www.aerzte-werdenfels.de



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Praxisverbund Werdenfels: **Herr / Frau**

Name	Vorname	Titel
------	---------	-------

Niedergelassen als: _____ seit: _____

Praxisadresse:

PLZ	Ort	Strasse	Tel:	FAX:
-----	-----	---------	------	------

Privat:

PLZ	Ort	Strasse	Tel:	FAX:
-----	-----	---------	------	------

Internetadressen:

www.: _____ Mobilfunk: _____

e-mail: _____

Abbuchungsermächtigung (obligatorisch!):

Hiermit ermächtige ich den Praxisverbund Werdenfels e.V., den jeweils fälligen Beitrag von nachfolgendem Konto bei Fälligkeit (momentan im August des jeweiligen Jahres) abbuchen zu lassen:

Konto -Nr.	Bankleitzahl	Bank
------------	--------------	------

Kontoinhaber (wenn abweichend vom Antragsteller)

Unterschrift Beitrittserklärung

Unterschrift Abbuchungsermächtigung

Beitrittserklärung zurück an folgende Adresse: **Dr. Dieter Kropf, Bahnhofstr. 19, 82467 Garmisch-P.**
Fax: 08821-58413
Zur schnelleren Bearbeitung bitte zusätzlich auch an
08821-9524112 (Praxisverbund)
und 08821-947984 (Dr. Frankenberger - 1.Vorsitzender)
faxen. Danke!

Information: Sensible Daten, wie Privatadresse, Fax- oder Handynummern werden nur für notwendige organisatorische Maßnahmen verwendet, wenn es nicht zu vermeiden ist. Auf gar keinen Fall werden diese irgendwo veröffentlicht, um damit Mißbrauch zu treiben. Internetadressen werden auf unserer Homepage unter www.aerzte-werdenfels.de publiziert. Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse nur zur internen Kommunikation im PVW zulassen wollen, vermerken Sie dies bitte beim Eintrag.

Die Mitgliedschaft im PVW ist personenbezogen, und muss deswegen bei Praxisgemeinschaften u.ä. für jeden Arzt separat beantragt werden!