

**Aufnahmeantrag**  
**auf außerordentliche Mitgliedschaft im**  
**Brandenburger Landesverband nephrologischer Praxen e.V.**

---

Name	Vorname	Titel	Geb.-Datum
------	---------	-------	------------

---

Klinik- oder Praxisadresse

---

Klinik- oder Praxis-Telefon-Nr.

Fax-Nr.

---

e-Mail-Adresse

Homepage-Adresse

---

Facharztbezeichnung

Teilgebietsbezeichnung/-en

---

Art der Berufsausführung (z.B. Angestelltenverhältnis, Weiterbildungsassistent, Jobsharing etc.)

[ ] Mit diesem Aufnahmeantrag erkläre ich, dass ich beabsichtige, mich auf dem Gebiet der Nephrologie und Dialyse in eigener Praxis im Land Brandenburg niederzulassen.

[ ] Mit diesem Aufnahmeantrag beantrage ich, meine Mitgliedschaft als für den Vereinszweck förderlich zu erachten.

Hiermit erkenne ich die Vereinssatzung des Brandenburger Landesverbandes nephrologischer Praxen e.V. (BLNP) an:

---

Ort, Datum

Unterschrift

Einverstanden:

---

Ort, Datum

Geschäftsführender Vorstand

Geschäftsführender Vorstand