

Aufnahmeantrag
auf ordentliche Mitgliedschaft im
Brandenburger Landesverband nephrologischer Praxen e.V.

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

Praxisadresse

Praxis-Telefon-Nr.

Fax-Nr.

e-Mail-Adresse

Homepage-Adresse

Ärztliche Organisationsform (z.B. Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis etc.)

Wirtschaftliche Organisationsform (z.B. GbR, GmbH, etc.)

Zugelassen im KV-Bereich

Facharztbezeichnung

Teilgebietsbezeichnung/-en

Mit diesem Aufnahmeantrag erkläre ich, hauptberuflich im Land Brandenburg niedergelassene/r Arzt/Ärztin und auf dem Gebiet der Nephrologie und Dialyse wirtschaftlich unabhängig tätig zu sein. Hiermit erkenne ich die Vereinsatzung des Brandenburger Landesverbandes nephrologischer Praxen e.V. (BLNP) an:

Ort, Datum

Unterschrift

Einverstanden:

Ort, Datum

Geschäftsführender Vorstand

Geschäftsführender Vorstand

Einzugsermächtigung:

Bankverbindung:

Bank

BIC:

IBAN:

Die Aufnahmegebühr und der Jahresbeitrag sollen zur Fälligkeit von meinem oben genannten Bankkonto abgebucht werden.

Praxisadresse oder Stempel

Datum / Unterschrift