

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 |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|