



Ärztliches Praxisnetz Neumarkt e. V. * Kindergartenstraße 3 * 92361 Berggau
Telefon 09181 26720 * Fax 09181 267218 * Email an.nm@aol.com * www.aerztenetz-neumarkt.de

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Aufnahme in das „Ärztliches Praxisnetz Neumarkt e.V.“

NAME _____

FACHRICHTUNG _____

ADRESSE _____

TELEFON _____

ggf. Erreichbarkeit außerhalb
der Sprechstunden

FAX _____

E-MAIL _____

LANR
(lebenslange Arztnummer
9-stellig) _____

BETRIEBSTÄTTEN-NR
(9-stellig) _____

**EINHEITLICHE
FORTBILDUNGSNUMMER**
(EFN, 15-stellig) _____

PRAXISKONSTELLATION Einzelpraxis
(bitte ankreuzen) Praxisgemeinschaft
örtliche Berufsausübungsgemeinschaft.
überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (mit MVZ)
ARZTSTATUS Zulassung Anstellung

ORT _____ DATUM _____ UNTERSCHRIFT / STEMPEL _____

**Voraussetzung für die Mitgliedschaft ist laut Satzung die Gewährung einer
Abbuchungserlaubnis für den Mitgliedsbeitrag.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 200 Euro, für angestellte Ärzte 100 Euro.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DEZZZZ0001280070
Hiermit gewähre ich die Abbuchungserlaubnis des Mitgliedsbeitrags von meinem Konto.**

BANK _____

IBAN _____

BIC _____

ORT / DATUM
ZU SENDEN AN

UNTERSCHRIFT
Herr Dr. med. Heiko Teltschik, Schatzmeister Ärztenetz Neumarkt,
Nürnberger Str. 2, 92318 Neumarkt/OPf.