

## Aufnahmeantrag Leipziger Gesundheitsnetz e.V.

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Aufnahme in den Leipziger Gesundheitsnetz e.V. mit Wirkung vom Ersten des Monats nach Annahme des Antrags. Die Satzung (PDF s. <https://www.gesundheitsnetz-leipzig.de/mitglied-werden/>) wurde mir bekannt gegeben und ausgehändigt. Die schriftliche Kommunikation im Leipziger Gesundheitsnetz e.V. erfolgt in Form von E-Mails. Den Mitgliedsbeitrag und die einmalige Aufnahmegebühr zahle ich per Lastschrift. Das SEPA-Lastschriftmandat und weitere Stammdaten erfassen wir nach Bestätigung Ihres Aufnahmeantrages durch den Vorstand separat.

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung und Schwerpunkte

\_\_\_\_\_  
Private E-Mail-Adresse Mitglied (nicht öffentlich)

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefonnummer (nicht öffentlich)

\_\_\_\_\_  
Arztnummer (LANR) oder Stempel

\_\_\_\_\_  
Betriebsstättennummer (BSNR) oder Stempel

\_\_\_\_\_  
Elektronische Fortbildungsnummer (EFN)

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift – Straße, Hausnummer, PLZ, Ort oder Stempel

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift – Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (nicht öffentlich)

Ich habe die Datenschutzerklärung des Leipziger Gesundheitsnetz e.V. (Stand: 12.10.2018, PDF s. <https://www.gesundheitsnetz-leipzig.de/mitglied-werden/>) empfangen, gelesen und bin damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Praxisstempel

