

Regionales Praxisnetz GO IN e.V.

Oberer Grasweg 50
85055 Ingolstadt
Tel.: 0841 88668-0
Fax: 0841 88668-18

Bitte die Beitrittserklärung an o.g. Adresse schicken oder faxen.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ja, ich möchte im Praxisnetz mitarbeiten und erkläre hiermit meine Bereitschaft zur Mitgliedschaft in der Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt.

Praxisnetz Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt (GO IN)

Hausarzt Facharzt _____ (Fachrichtung)

angestellter Arzt
(in Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen benötigt jeder Arzt eine eigene Beitrittserklärung)

LANR: _____ (9-stellig) Haupt BSNR: _____

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
(Praxisanschrift)

Telefon: _____ Handy: _____

Fax: _____ **E-Mail:** _____

Möchten Sie GO IN Informationen, Rundschreiben etc. per Fax und/oder E-Mail erhalten?:

per Fax per E-Mail

Datum / Unterschrift

Praxisstempel

Beitritt ab: _____ . _____ . _____ (Tag/Monat/Jahr)