

## Aufnahmeantrag für Neumitglieder

**Bitte ausgefüllt und unterschrieben per Fax oder Postweg zurück an o.a. Adresse!**

### Persönliche Daten:

<b>Anrede</b>	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
<b>Titel, akad. Grad</b>	<input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Dr. med.	
<b>Name:</b>		
<b>Vorname:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>Geburtsort:</b>		
<b>Facharzt seit (Datum):</b>		
<b>Zusatzbezeichnungen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Niedergelassen seit:</b>		
<b>Ort der Niederlassung:</b>		
<b>KV-Bereich:</b>	<input type="checkbox"/> KWNO	<input type="checkbox"/> KVWL
<b>Niederlassung als</b>	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	
	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis mit:	
	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft mit:	
<b>Bereits zertifiziert:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    wenn ja, Zertifizierung nach:	
<b>Praxisadresse:</b>	Straße/ Nr.:	
	PLZ Ort	
	Telefon:	
	Fax:	
<b>Privatadresse:</b>	Straße/ Nr.:	
	PLZ Ort:	
	Telefon:	
	Fax:	
	Mobil:	
	E-mail:	



Edith-Stein-Weg 9  
40699 Erkrath  
Telefon: +49(0)800 0026679  
Fax: +49(0)2302 933917  
<http://www.anaesthesienetz-nrw.de>

**Bemerkungen:**

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Daten auf der Homepage des Anästhesienetzes NRW zu.

**Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtige ich das Anästhesienetz NRW e.V. widerruflich, die fälligen Beträge (Jahres-/ Aufnahmebeitrag) von meinem/unserem hier angegebenen Konto abzubuchen:

**Konto:**

**BLZ:**

**Bank:**

**Kontoinhaber:**

**Aufnahmebeitrag je Arzt: 250€**

**Jahresbeitrag Honorararzt: 200€**

**Jahresbeitrag niedergelassener Arzt/Ärztin in Einzelpraxis: 400 €**

**Jahresbeitrag niedergelassene Ärzte in 2er Gemeinschaftspraxis: 600€**

**Jahresbeitrag niedergelassene Ärzte in 3er Gemeinschaftspraxis: 800€**

**Jahresbeitrag niedergelassene Ärzte in 4er Gemeinschaftspraxis: 1000€**

**Jahresbeitrag niedergelassene Ärzte in 5er Gemeinschaftspraxis: 1200€**

(für Gemeinschaftspraxen mit mehr als 5 Ärzten werden Einzelfallregelungen durch die Mitgliederversammlung getroffen)

Ort, Datum	Name	Unterschrift
------------	------	--------------

- Ich habe die Vereinssatzung im Internet unter <http://www.anaesthesienetz-nrw.de> gelesen und erkläre mich damit einverstanden (insbesondere §3 Mitgliedschaft)
- Ich beantrage die Aufnahme ins Anästhesienetzwerk NRW zum  (Datum)  zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Ort, Datum	Name	Unterschrift
------------	------	--------------