

Agentur deutscher Arztnetze
Chausseestraße 119b
10115 Berlin
Fon: (030) 28 87 74-0
Fax: (030) 28 87 74-115



Hiermit beantragen wir die Mitgliedschaft in der Agentur deutscher Arztnetze:

Name Netz

Anschrift Netz

Rechtsform

Handelsregister/Vereinsregister/Genossenschaftsregister

Name vertretungsberechtigte Person (Die Vertretungsberechtigung muss durch den Registerauszug bitte nachgewiesen werden.)

Name Ansprechpartner

Kontaktdaten Ansprechpartner (Telefon, Telefax, E-Mailadresse)

Die Satzung (Stand 08.07.2011) sowie die Beitragsordnung (Stand 16.09.2011) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, rechtsverbindliche Unterschrift

Agentur deutscher Arztnetze, Chausseestraße 119b, 10115 Berlin
vertretungsberechtigter Vorstand: Dr. Veit Wambach (Vorsitzender), Dr. Carsten Jäger (stv. Vorsitzender)
Bankverbindung: Konto 000 86 55 057, Deutsche Apotheker- und Ärztebank (BLZ 300 606 01)