

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)