

Agentur deutscher Arztnetze e.V.
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 29.11.2017) sowie die Beitragsordnung (Stand 01.01.2019) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, rechtsverbindliche Unterschrift