



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein
Medizinisches Praxisnetz Neumünster e. V. (MPN e. V.) und erkläre mich mit den Zielen und
Bestimmungen der Vereinssatzung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Anschrift oder Praxisstempel:

Betriebsstättennr.:

LANR:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Bitte zurücksenden an:

Med. Praxisnetz Neumünster
Haart 19 a
24534 Neumünster

Fax-Nr. 04321/69 59 421

Einzugsermächtigung:

Hiermit erteile ich dem Vorstand des Medizinischen Praxisnetzes Neumünster e. V. die
Ermächtigung, den jährlichen Vereinsbeitrag (z. Zt. 120,- €) von meinem Konto

IBAN.....

BIC:

Name der Bank:

bis auf Widerruf bzw. Erlöschen der Mitgliedschaft im MPN e. V. einzuziehen.

Datum

Unterschrift

Ich habe einen KV-Safenet-Anschluss

_____ **JA**
_____ **NEIN**