

Aufnahmeantrag

Name des Vereins / Netzes: _____

Sitz des Vereins / des Netzes: _____

Straße: _____ Nr. _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Vorstandsvorsitzender:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr. _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Email: _____

Ich / Wir stimmen den Inhalten der Vereinssatzung zu und treten dem Verein
„**Hessenmed – Verbund der Hessischen Ärztenetze e. V.**“ bei.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der berechtigten
Netzvertreter

Hessenmed e.V. – Verbund hessischer Ärzte

Geschäftsstelle: Gerloser Weg 20
36039 Fulda
Kontakt: Telefon: 06 61 - 24 27 77-25
Telefax: 06 61 - 24 27 77-11
Internet: www.hessenmed.de
info@hessenmed.de

1. Vorsitzender: Dr. med. J. Simon, Fulda
Vorstand: Dr. med. L. Born, Marburg
Dr. med. I. Drehmer, Michelstadt/Odenwald
Dr. med. U. Popert, Kassel

Amtsgericht Fulda: VR 2269
Steuer-Nr.: noch nicht vorhanden