

Agentur deutscher Arztnetze e.V.
Friedrichstraße 117
10117 Berlin
Fon: (030) 403 656 700
Fax: (030) 403 656 709



Hiermit beantrage ich

Die Mitgliedschaft in der Agentur deutscher Arztnetze

Die Mitgliedschaft in der Agentur deutscher Arztnetze zu ermäßigten Konditionen für ein Kalenderjahr („Schnupper-Mitgliedschaft“)

- **Hiermit kündige ich vorsorglich meine Mitgliedschaft in der Agentur deutscher Arztnetze zu ermäßigten Konditionen für ein Kalenderjahr** (Eine Kündigung ist gemäß § 3 Abs. 6 notwendig, soll die „Schnupper-Mitgliedschaft“ nach einem Kalenderjahr enden. Wird die „Schnupper-Mitgliedschaft“ nicht mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Monats gekündigt, wird sie als Mitgliedschaft zum derzeit aktuellen Beitragssatz von monatlich 150,00 Euro/Monat fortgeführt. Die Kündigung kann jederzeit zurückgenommen werden. Wird die Kündigung wirksam, kann im Anschluss eine reguläre Mitgliedschaft in der Agentur deutscher Arztnetze beantragt werden.)

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 01.04.2019) sowie die Beitragsordnung (Stand 01.04.2019) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, rechtsverbindliche Unterschrift