



Bundesverband der
Arzt-, Praxis- und
Gesundheitsnetze

AdA -
Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze
Friedrichstraße 171
10117 Berlin
Fon: (030) 403 656 700 Fax: (030) 403 656 709

Hiermit beantrage ich

- Die Mitgliedschaft in der AdA**

- Die Mitgliedschaft in der AdA zu ermäßigten Konditionen für ein Kalenderjahr („Schnupper-Mitgliedschaft“)**
 - **Hiermit kündige ich vorsorglich meine Mitgliedschaft in der AdA 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 AdA 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