

AUFNAHMEANTRAG



Qualitätsgemeinschaft
Praxisnetz
Gelsenkirchen

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

füllen Sie bitte diesen Bogen aus und senden ihn zurück, wenn Sie der QPG beitreten möchten.

Name

Vorname

Titel

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Zusatzbezeichnung

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

Hiermit trete ich der QPG e.V. als Mitglied bei.

Gelsenkirchen, den _____

Unterschrift / Stempel

Der Aufnahmebetrag von 2.500.- € (400.- € bei Praxisübernahme) sowie der Jahresbetrag von 120.- €, zahlbar 1x jährlich, werden eingezogen, daher ist eine Einzugsermächtigung obligatorisch.

BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Dieses Konto soll auch für die
Rücküberweisung genutzt werden

Ja

Nein

IBAN

BIC

Bank

Datum / Unterschrift

**Bitte senden Sie uns den
ausgefüllten Antrag per Post,
Fax oder E-Mail zurück.**

Per Post:
QPG-Netzbüro / Frau Sielisch
Lübecker Straße 17-19
45889 Gelsenkirchen

Per Fax:
0209 31988-692

Per E-Mail:
info@qpg.de