

# 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