

medicol

medici coloniae – medici collegae

Ihr Gesundheitsnetz Köln Nord e. V.

Bergstraße 12b, 50739 Köln, Fax 7 40 90 48

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Gesundheitsnetz Köln Nord

Medicol e. V. . Ich verpflichte mich, die Satzung des Vereins einzuhalten.

Ein Exemplar der Satzung wird mir auf Wunsch zugesandt. Den Mitglieds-
mindestbeitrag in Höhe von 30,-- Euro werde ich sofort nach Bestätigung
meiner Mitgliedschaft zahlen.

Stempel

Förderbeitrag gesamt

Familien-, Vorname:

Strasse:

Ort, Datum

PLZ, Ort:

Tel.-Nr./Fax-Nr:

Unterschrift

Ausgeübte Tätigkeit:

Ich bevollmächtige das Gesundheitsnetz Köln Nord e. V. , meinen jeweiligen satzungsgemäßen
Mindestbeitrag oder obigen Förderbeitrag bis zu meinem schriftlichen Widerruf jährlich im Januar

Von meinem Konto abzubuchen:

Bankleitzahl:

Kontonummer

Bank/Sparkasse:

Ort:

Für Ärzte und Selbstständige: Meine Praxis-/Firmenspezialitäten sind: _____

Ich bevollmächtige das Gesundheitsnetz Köln nord medicol e. V. , Daten meiner Praxis weiterzuleiten.

Ja

Nein

Datum:

Unterschrift: