

Antrag auf Mitgliedschaft

(im Folgenden Nicht- Zutreffendes bitte streichen)

der medizinischen Einrichtung

der Firma / des Unternehmens

.....

.....

Anschrift:

Anschrift:

Ansprechpartner:

Ansprechpartner:

Tel:

Fax:

Mail:

Tel:

Fax:

Mail:

auf Ordentliche Mitgliedschaft ...

auf Fördermitgliedschaft ...

... im BMVZ e.V. (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e.V.).

Satzung und Beitragsordnung sind bekannt und werden von der Einrichtung, bzw. dem Unternehmen als verbindlich akzeptiert.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des bevollmächtigten Vertreters
der Einrichtung/Unternehmens und Stempel