

**Antrag auf Mitgliedschaft im
Praxisnetz Hzgt. Lauenburg e.V.**

(nur gültig mit Lastschriftermächtigung)

Name/Vorname/Titel:

PLZ/Ort/Straße/Nr.:

LANR: _____ BSNR: _____

Fachrichtung: _____

Niederlassung: Volle Zulassung Halbe Zulassung

Tel: _____ Fax: _____

Mail: _____

Ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur ist in meiner Praxis vorhanden/beantragt

ja nein

Ort/Datum:

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Praxisnetz Hzgt. Lauenburg e.V. widerruflich, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag für meine

Volle Zulassung (240,- €)

Halbe Zulassung (120,- €)

von meinem u.a. Konto einzuziehen.

IBAN: _____

BIC: _____ Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Fachgebiet, Praxisanschrift, Telefon- und Faxnummer sowie meine Sprechstundenzeiten in der Arztsuche der Homepage des Praxisnetzes Hzgt. Lauenburg veröffentlicht werden.

Sprechzeiten: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass das von mir zugesandte Foto auf den Seiten von www.pnhl.de veröffentlicht wird.

- Ich möchte zusätzlich weitere Informationen auf den Seiten von www.pnhl.de vorstellen. Daher meine Angaben zu Zusatzqualifikationen:

z.B. Fachkundenachweise, Kammerzertifikate.

- Ich möchte die von pnhl.de angebotene vereinheitlichte Mailadresse (vorname.nachname@pnhl.de) mit automatischer Weiterleitung an meine auf Seite 1 angegebene Mailanschrift.

- Ich möchte die Veröffentlichung meiner eigenen Mailanschrift

- Ich habe eine eigene Homepage unter www._____

[Bitte senden Sie den Antrag auf Mitgliedschaft zurück an:](#)

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.
Wasserkrüger Weg 7
23879 Mölln

oder per Fax: 04542- 854 2888

oder per Mail: c.moellmann@pnhl.de