

Antrag auf Mitgliedschaft
Im
Praxisnetz Hzgt. Lauenburg e.V.
(nur gültig mit Lastschriftermächtigung)

Name/Vorname/Titel/Klinik:

PLZ/Ort/Straße/Nr.:

LANR: _____ BSNR: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Mail: _____ Web: _____

Ein Anschluss an die Telematikinfrastuktur ist in unserer Klinik vorhanden/beantragt

ja nein

Ort/Datum:

Unterschrift

Hiermit ermächtigen wir den Praxisnetz Hzgt. Lauenburg e.V. widerruflich, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von € 1.500,00 von unserem u.a. Konto einzuziehen.

IBAN: _____

BIC: _____ Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte die zweite Unterschrift nicht vergessen, da sonst ein Beitritt nicht möglich ist.

- Wir sind damit einverstanden, dass Name, Fachgebiete, Klinikanschrift, Telefon- und Faxnummer in der Arztsuche/Kliniksuche der Homepage des Praxisnetzes Hzgt. Lauenburg e.V. veröffentlicht werden.

- Wir möchten zusätzlich unsere Klinik auf einer Visitenkarte auf den Seiten von www.pnhl.de vorstellen. Daher unsere Angaben zu den Fachabteilungen und Schwerpunkten:

- Wir möchten die von pnhl.de angebotene vereinheitlichte Mailadresse (klinikname@pnhl.de) mit automatischer Weiterleitung an die auf Seite 1 angegebene Mailanschrift.
- Wir möchten die Veröffentlichung unserer eigenen Mailanschrift
- Wir haben 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- 854 288 8
oder per Mail: c.moellmann@pnhl.de