



Praxisverbund Werdenfels

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Praxisverbund Werdenfels e.V.

Name _____ Vorname _____ Titel _____

Facharztbezeichnung _____

Praxisadresse _____

Privatadresse _____

Email (verpflichtend) _____

Handy _____ Telefon (Praxis) _____

Homepage _____ Fax _____

Mitgliederbeitrag

Die Mitgliedschaft ist personenbezogen und muss daher auch bei Berufsausübungsgemeinschaften für jeden Arzt / jede Ärztin separat beantragt werden. Die Höhe des Jahresbeitrags wird von der Mitgliederversammlung bestimmt. Derzeit beträgt er 25,00€. Der Jahresbeitrag muss bis zum 1. März des jeweiligen Jahres auf dem Konto des Praxisverbund Werdenfels e.V. eingegangen sein. Es empfiehlt sich die Einrichtung eines Dauerauftrags.

DSGVO

Sensible Daten (Email, Handynummer, Privatadresse oder Faxnummer) werden nur für notwendige organisatorische Maßnahmen zur internen Kommunikation innerhalb des PVW verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Die Webseite der Praxis wird auf unserer Homepage publiziert. Sie genehmigen dem Praxisverbund, die Kontaktdaten einschließlich der Email und Handynummer zur vereinsinternen Kommunikation auf analogen und digitalen Weg zu nutzen.

Datum | Unterschrift

Beitrittserklärung (bevorzugt per Mail) zurück an
Praxisverbund Werdenfels e.V. | Zugspitzstraße 72 | 82467 Garmisch-Partenkirchen
Tel 08821- 54131| Fax 08821- 79370 | praxisverbundwerdenfels@gmail.com

BANKVERBINDUNG
Praxisverbund Werdenfels
IBAN DE32 7039 0000 0000 0214 07
BIC GENODEF1GAP