



Beitrittserklärung

Titel/Vor- u. Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Praxis-Adresse: _____

Fachrichtung: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Mobil (freiwillige Angabe): _____

Email: _____

Homepage (falls vorhanden): _____

BSNR.: _____ LANR.: _____

- erklärt hiermit den Beitritt zum Medizinischen Qualitätsnetz Westküste e.V.,
Österstraße 6, 25704 Meldorf.
- Ich erkläre mein Einverständnis mit der Internetpräsenz meiner Adressdaten.
- Ich bin niedergelassener / angestellter (<- **nicht zutreffendes bitte streichen**)
Kassenarzt in:
 - eigener Praxis
 - BAG
 - Praxisgemeinschaft
 - MVZ

Änderungen zu den angegebenen Daten werde ich dem MQW umgehend mitteilen.

- Ich bevollmächtige das MQW den satzungsgemäßen Beitrag und die einmalige Aufnahmegebühr bis auf Widerruf Anfang des Jahres (bis spätestens zum 31. Januar) von meinem Konto einzuziehen. **Die Lastschriftzugsermächtigung habe ich dieser Erklärung beigelegt.**

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Praxisstempel)