

Antrag Aufnahme als Gesellschafter in die Ärztenetz Lippe GmbH

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (lt. Personalausweis), Str./PLZ/Ort:

Laut § 6 Abs. 3) des Gesellschaftsvertrages der Ärztenetz Lippe GmbH vom 27. Mai 2008 beantrage ich hiermit verbindlich die Aufnahme in die Ärztenetz Lippe GmbH.

Die Aufnahmegebühr beträgt ab ab 1. Januar 2010 500,00€ (lt. Gesellschafterbeschluss vom 16. Juli 2008). Neu niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte zahlen keine Aufnahmegebühr.

Mir ist bekannt, dass ich unmittelbar nach der positiven Bewilligung des Antrages durch die Gesellschafterversammlung einen Gesellschaftsanteil erwerben muss.

Die Verwaltungskostenpauschale beträgt zurzeit 45,00 €/Monat brutto.

Weitere Informationen zu den Geschäftsanteilen erhalten Sie nach Rücksendung der Unterlagen.

Die Abwicklung über den Notar regelt das Netzbüro.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Informationsblatt Gesellschafter Ärztenetz Lippe GmbH

Name, Vorname:

Persönliche Arztnummer (LANR) :

Betriebsstätten-Nummer (BSNR) :

Anschrift (Praxis), Str./PLZ/Ort:

.....

Telefon: "Rotes Telefon":

Fax: Laborpost Nr.:

Email:

Tägliche Abfrage der Emails? Ja Nein

Praxis-Homepage:

Wichtige, schnelle Mitteilungen der GmbH/des Netzbüros hätte ich
gerne per a. Email b. Fax

Facharzt für:

Weitere Gebietsbezeichnungen und Qualifikationen:

Gemeinschaftspraxis

mit:

- | | | | | | |
|----|--------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 1. | LANR | | | | |
| | a. Gesellschafter im Ärztenetz | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | b. Angestellt | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | c. Teilzeit | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 2. | LANR | | | | |
| | a. Gesellschafter | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | b. Angestellt | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | c. Teilzeit | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 3. | LANR | | | | |
| | a. Gesellschafter | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | b. Angestellt | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | c. Teilzeit | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 4. | LANR | | | | |
| | a. Gesellschafter | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | b. Angestellt | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | c. Teilzeit | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

-
- KV Safenet Ja Nein
 - QM System Ja Nein
 - a. Welches?
 - b. Zertifiziert? Wenn ja, wann?
 - c. Implementiert? Wenn ja, wann?

Ich besuche regelmäßig folgende Qualitätszirkel

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a. QZ Palliativmedizin | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| b. QZ Geriatrie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| c. | Moderator: | |
| d. | Moderator: | |
| e. | Moderator: | |
| f. | Moderator: | |

Datum:

Praxisstempel:

PER FAX AN 05231.458 25 25

Einzugsermächtigung

für die Verwaltungskosten der GmbH (z.Zt. monatl. 45,00€)

IBAN: _____

BIC: _____

BANK: _____

Datum:

Unterschrift:

PER FAX AN DAS NETZBÜRO

05231. 458 25 25