

Beschluss der Gesellschafterversammlung vom 30.03.2011

Nicht-Netz-Gesellschafter können von den Projekten/Verträgen des Netzes profitieren. Hierzu ist ein Antrag zu formulieren (analog des Aufnahme-Antrages). Es wird eine Verwaltungskostenpauschale von 50 Euro pro Monat fällig. Die „Probe-Mitgliedschaft“ ist auf 12 Monate befristet. Eine Reduzierung der Verwaltungskostenpauschale ist nicht möglich.

**Antrag
Teilnahme an der Ärztenetz Lippe GmbH
ohne
Aufnahme als Gesellschafter**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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

Hiermit beantrage ich die Teilnahme an der Ärztenetz Lippe GmbH, ohne einen Gesellschafteranteil zu erwerben.

Mir ist bekannt, dass diese „Probe-Mitgliedschaft“ nach 12 Monaten ausläuft.

Sollte ich nach 12 Monaten in Folge der „Probe-Mitgliedschaft“ einen Gesellschaftsanteil an der Ärztenetz Lippe GmbH erwerben, entfällt die ggf. fällige Aufnahmegebühr.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Informationsblatt „Probe-Mitgliedschaft“ 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 Nein
 - b. Angestellt Ja Nein
 - c. Teilzeit Ja Nein

2. LANR
 - a. Gesellschafter Ja Nein
 - b. Angestellt Ja Nein
 - c. Teilzeit Ja Nein

3. LANR
 - a. Gesellschafter Ja Nein
 - b. Angestellt Ja Nein
 - c. Teilzeit Ja Nein

4. LANR
 - a. Gesellschafter Ja Nein
 - b. Angestellt Ja Nein
 - c. Teilzeit Ja Nein

- 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. 50,00€)

IBAN: _____

BIC: _____

BANK: _____

Datum:

Unterschrift:

PER FAX AN DAS NETZBÜRO

05231.458 25 25