

**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, in der letzten Fassung beschlossen am 25.09.2024, beantrage ich hiermit verbindlich die Aufnahme in die Ärztenetz Lippe GmbH.

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

Es werden Verwaltungskosten erhoben lt. Beschluss der Gesellschafterversammlung am 20.09.2023 (s. Anlage).

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

Die Abwicklung über den Notar regelt das Netzbüro.

Ort, Datum

Unterschrift

Informationsblatt Gesellschafter Ärztenetz Lippe GmbH

Name, Vorname:

Persönliche Arztnummer (LANR) :

Betriebsstätten-Nummer (BSNR) :

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

.....

Telefon: "Rotes Telefon":

MediQuu:

KIM:

Email:

Praxis-Homepage:

Facharzt für:

Weitere Gebietsbezeichnungen und Qualifikationen:

Gemeinschaftspraxis mit:

1.

- | | | | | |
|--------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 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"/> |

QM System in der Praxis Ja Nein

- Welches?
- Zertifiziert? Wenn ja, wann?
- 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. QZ Wunde | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| d. | Moderator: | | | |
| e. | Moderator: | | | |

Datum:

Praxisstempel: