

**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 12.02.2020, 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.

Die Verwaltungskostenpauschale beträgt zurzeit 65,00 €/Monat brutto (beschlossen am 24.03.2021).

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":

Fax: Laborpost Nr.:

Email:

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

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

Ich besuche regelmäßig folgende Qualitätszirkel

- a. QZ Palliativmedizin Ja Nein
- b. QZ Geriatrie Ja Nein
- c. Moderator:
- d. Moderator:

Datum:

Praxisstempel: