



Bitte senden Sie Ihren Antrag per Post, E-Mail oder Fax an das Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main!

Antrag auf Mitgliedschaft

Antrag auf Mitgliedschaft im Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main e.V.

Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Branche

Gebiet nach WBO/LÄK

1. Was erwarten Sie vom Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main?

2. Was bringen Sie in das Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main ein?

3. Über welche Qualifikation und über welche Erfahrungen verfügen Sie?

4. Mit welchen Partnern des Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main haben Sie bereits Kontakt oder arbeiten Sie bereits zusammen?

5. Seit wann sind Sie niedergelassen / beruflich in der jetzigen Funktion tätig?

6. Bemerkungen:

Ort

Datum

Unterschrift