Initiative **PALLIATIV NETZWERK WUPPERTAL e. V.**

Kreuzstr. 56
42277 Wuppertal

VR 4195

Tel. (0202) 70 53 493
Fax (0202) 70 53 494

E-Mail: info@pn-wuppertal.de
www.pn-wuppertal.de

Öffnungszeiten

Mo	11.00h	-	13.00h
Di	11.00h	-	13.00h
Mi	11.00h	-	13.00h
Do	geschlossen		
Fr	11.00h	-	13.00h

Antrag auf Mitgliedschaft in dem eingetragenen, gemeinnützigen Verein

„*Initiative* PALLIATIV NETZWERK WUPPERTAL e.V." **(IPNW)**

- **Für die Abrechnung nach dem EBM ist die Teilnahme**
- **an den KV-NO Palliativ-Verträgen Voraussetzung!**

Formular für Ärzte

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der

„Initiative **PALLIATIV NETZWERK WUPPERTAL e.V.**"

☐ Dem **Hausarztvertrag** (KV-NO) bin ich bereits beigetreten

☐ Die **KV-NO Palliativ-Verträge** habe ich bereits unterschrieben und an die KV-NO geschickt

☐ Den **KV-NO Palliativ-Verträgen** werde ich beitreten und danach den Vorstand der **IPNW** entsprechend benachrichtigen

Das **Statut** als auch die **Satzung** des Vereines habe ich zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift unter diesem Antragsformular erkenne ich beide Dokumente an.

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag i.H. von **€ 35,00** *(dieser ist steuerlich absetzbar!)*

☐ werde ich überweisen

☐ hierfür erteile ich Ihnen meine Ermächtigung zum Bankeinzug. Die unterschriebene Einzugsermächtigung füge ich bei.

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____ **FAX** _____

Email-Adresse _____

_____	_____	_____	_____
Ort	**Datum**	**Unterschrift**	**Stempel**