

Antrag auf Mitgliedschaft

PsoNet Berlin / Brandenburg
Grimmstraße 12 L
10967 Berlin

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in das PsoNet Berlin / Brandenburg.

Name _____
Vorname _____
Titel _____
Geb.-Datum _____
Strasse _____
PLZ _____
Ort _____
Telefon _____
Fax _____
mobil _____
email: _____

Einer Verlinkung mit der Website des PsoNet stimme ich hiermit zu

Ich bin Facharzt/Fachärztin für Dermatologie, tätig

- ☐ in eigener Praxis
- ☐ in einem MVZ
- ☐ in der Klinik
- ☐ als angestellte/r Praxisarzt/Praxisärztin

Die Satzung des PsoNet Berlin / Brandenburg ist mir bekannt und wird von mir akzeptiert.

Stempel

Berlin/Brandenburg,

Unterschrift