



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Medizinisches Praxisnetz Neumünster e. V. (MPN e. V.) und erkläre mich mit den Zielen und Bestimmungen der Vereinssatzung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Vor und Nachname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Anschrift

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Praxisstempel:**

Betriebsstättennr.: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### **Bitte zurücksenden an:**

Med. Praxisnetz Neumünster e.V.  
Haart 19 a  
24534 Neumünster

Fax-Nr. 04321/69 59 421  
E-Mail: [gs@mpn-nms.de](mailto:gs@mpn-nms.de)

## **Einzugsermächtigung:**

Hiermit erteile ich dem Vorstand des Medizinischen Praxisnetzes Neumünster e. V. die Ermächtigung, den jährlichen Vereinsbeitrag für ordentliche Mitglieder 450 € (Nutzung KV-Safenet) sowie für assoziierte Mitglieder 225 € von meinem Konto

IBAN.....

BIC: .....

Name der Bank: .....

bis auf Widerruf bzw. Erlöschen der Mitgliedschaft im MPN e. V. einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift