

RANIQ e.V.

Aufnahmeantrag Vollmitgliedschaft / informelle Mitgliedschaft



An den Vorstand des RANIQ e.V.,

hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Ärztenetz RANIQ e.V.

Ich bestätige hiermit, dass ich niedergelassene(r) Arzt/Ärztin mit Praxissitz oder Zweigpraxissitz in

Recklinghausen oder Oer-Erkenschwick (Vollmitgliedschaft) oder angestellte(r) Arzt/Ärztin einer RANIQ-Mitgliedspraxis

(Informelle Mitgliedschaft) bin.

Die Satzung und die Datenschutzerklärung^{*1} des RANIQ e.V. habe ich erhalten und erkläre mich mit deren Inhalt einverstanden.

Mitgliedsstatus	<input type="checkbox"/> Antragssteller ist niedergelassener Arzt und (Mit-)Inhaber der Praxis <input type="checkbox"/> Antragssteller ist angestellter Arzt der Praxis
Name:	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Titel Dr. med. Titel <input type="text"/>
Praxisbezeichnung:	<input type="text"/>
Organisationsart:	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG / Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ
Straße + Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Telefax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arzt Nummer (LANR)	<input type="text"/>
Datum:	Unterschrift und Praxisstempel

^{*1}) Die Satzung können sie auf raniq.de abrufen unter www.raniq.de/mitglied-werden

Die Funktion der Formularfelder wurden getestet mit Adobe Acrobat Reader und Foxit Reader

Bitte ausgefüllt und **zusammen mit der unterschriebenen „Einwilligungserklärung zum Datenschutz“** zurück an: RANIQ

e.V., c/o Herbert Nehls, Kreymühlenweg 28, 45659 Recklinghausen oder

Fax 0 23 61 / 8 49 51 34 oder Email info@raniq.de oder mediQuu-connect: Raniq e.V. Netzbüro