

# Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den

# **BNFN**

**Berufsverband Niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin ohne  
Schwerpunkt des fachärztlichen Versorgungsbereiches  
Deutschland e.V.**

**c/o Dr. med. Klaus-Peter Weidmann, Mühlenstrasse 10 B, 29221 Celle  
Tel. 05141-29009, Fax 05141-25354, E-Mail: dr.kpw@gmx.de**

zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich erkläre hiermit, dass ich als niedergelassene/r Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt des fachärztlichen Versorgungsbereiches an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Bundesrepublik Deutschland teilnehme. Bei einem Wechsel in den Hausarztbereich oder in einen internistischen Schwerpunkt erlischt meine Mitgliedschaft automatisch. Ich werde das dem Verband unverzüglich mitteilen.

Frau/Herr .....  
(akad. Grad) (Vorname) (Nachname)

Anschrift .....  
(Strasse) (Hausnummer)

.....  
(PLZ) (Ort)

.....  
(Telefon) (Telefax) (E-Mail)

.....  
geb am niedergelassen seit Einzelpraxis   
Praxisgemeinschaft   
Gemeinschaftspraxis

Bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen:

- Ich ermächtige hiermit den Vorstand den Jahresbeitrag von zur Zeit 150 Euro zur Fälligkeit am 01. März jährlich von meinem folgenden Konto einzubeziehen. ( bei späterem Beitritt wird zunächst der anteilige Jahresbeitrag eingezogen )

.....  
Bezeichnung Bank/Sparkasse Bankleitzahl

.....  
Kontonummer

....., den .....  
Ort Datum

.....  
Unterschrift