

An das
Kompetenznetzwerk Osteoporose Nordrhein e.V.
Friedrich-Wilhelm-Platz 5-6
52062 Aachen

Anmeldung als (bitte ankreuzen)

niedergelassener Arzt

Krankenhausarzt

Titel: _____

Vor- und Nachname: _____

Betriebsstättennr.: _____

Lebenslange Arztnr.: _____

Adresse: _____

Email: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Ich interessiere mich für eine Teilnahme an den Versorgungsverträgen Osteoporose und einen Beitritt zum Kompetenznetzwerk Osteoporose Nordrhein e.V. und bitte Sie, mir die erforderlichen Unterlagen zuzusenden. (bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift:

Hinweis: Bitte übersenden Sie das ausgefüllte Formular per Post an die oben angegebene Vereinsadresse.