

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

**Anmeldung als Zuweiserarzt**

Titel: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennr.: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:

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