



Qualitätsgemeinschaft Praxisnetz Gelsenkirchen

**Postanschrift:** Rotthauer Straße 19  
45879 Gelsenkirchen  
Tel : 319 88 690  
Fax: 319 88 692

Gelsenkirchen, 01.01.2004

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

bitte diesen Bogen ausfüllen und zurücksenden, wenn Sie der QPG beitreten möchten.

*Bitte leserlich schreiben!*

Name,	Vorname,	Titel:
Straße:	Postleitzahl:	Ort:
Zusatzbezeichnung:		
Tel:	Fax:	
Funktelefon:	E-Mail:	

In der Praxis vorhanden:  Fax  ISDN  EDV (Firma: \_\_\_\_\_)

Hiermit trete ich der QPG e.V. als Mitglied bei.

Gelsenkirchen, den \_\_\_\_\_

( Unterschrift / Stempel )

Der Aufnahmebetrag von 2.500.- € (250.- € bei Praxisübernahme) sowie der Jahresbetrag von 90.-€, zahlbar 1x jährlich, werden eingezogen, daher ist eine Einzugsermächtigung obligatorisch.

<b>Bankeinzugsermächtigung:</b> (Dieses Konto soll auch für die Rücküberweisung genutzt werden Ja Nein)
Konto: _____ BLZ: _____
Bank _____
Gelsenkirchen, den _____
( Unterschrift/Stempel )

**Bitte zurücksenden an :** QPG-Netzbüro/Termeer Tel: 319 88 690 Fax: 319 88 692

Rotthauer Str. 19 45884 Gelsenkirchen

**Bankverbindung:** Sparkasse Gelsenkirchen ~ Konto: 119 014 688 ~ BLZ: 420 500 01