Medizinischer Versorgungsverbund Müritz e.V.

Vorstandsvorsitzender
Dr. med. Sven – Christian Lange
Geschäftsstelle

Rosa – Luxemburg – Str. 20
17192 Waren (Müritz)
Tel.: 03991 / 66 48 10

Geschäftsstelle MVM e.V. * Rosa –Luxemburg-Str.20*17192 Waren

Aufnahmeantrag für den MVM e.V.

Name: _____

Vorname, Titel: _____

geb. am: _____

Betrieb / Institution: _____

Geschäftsführer: _____

Anschrift incl. Nebenpraxissitze, Betriebszweigstellen:

_____

_____

Privatanschrift:

:_____

_____

Medizinischer Versorgungsverbund Müritz e.V.

Fachbezeichnung(en: _____

_____

Ausbildungsrichtung: _____

_____

Abschlussjahr: _____

Im Kreis Meckl. Seenplatte in o.g. Funktion ansässig seit: _____

Jahr der Approbation: _____

Zusatzbezeichnungen: _____

Erworbene Zusatzqualifikationen, die nicht gesondert ausgewiesen sind:

_____

_____

Besondere berufliche Eignungen, Neigungen oder in Ausbildung befindliche Fähigkeiten: _____

_____

_____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Anerkenntnis der Satzung des Vereins! Über Ihren Antrag zur Mitgliedschaft wird bei der nächsten Vorstandssitzung beraten!
Datum / Unterschrift der / des Antragstellerin/s: _____

Posteingang im Verein:

Nach Beratung des Vorstandes des Vereins am _____ wurde die Aufnahme bestätigt/abgelehnt.
Ev. Begründung: _____

Unterschrift des Vorstandsvorsitzenden oder seines Stellvertreters:_____