

Registrierung „Pathologie“ zum Verein
„HNO –Verbund- Berlin - e.V.“

Name : Vorname:

Telefon: Fax :

e-mail:

Fachrichtung/Praxisanschrift (Str./PLZ/Ort):

KV Nr.

LANR:

Praxisöffnungszeiten:

Bankverbindung:

Praxissoftware :

Berlin, d.

(Unterschrift d. Mitgliedes)

Aufnahmeantrag bitte faxen an I. Tell Fax : 65 66 77 89 !