

Antrag auf Mitgliedschaft

PsoNet Berlin / Brandenburg
Rankestraße 34
10789 Berlin
berlin-brandenburg@psonet.de
www.psonet-bb.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in das PsoNet Berlin / Brandenburg.

Name _____
Vorname _____
Titel _____
Geb.-Datum _____
Straße _____
PLZ _____
Ort _____
Telefon _____
Fax _____
mobil _____
website _____
email: _____

Einer Verlinkung mit der Website des PsoNet stimme ich hiermit zu

Ich bin Facharzt/Fachärztin für Dermatologie, tätig

- in eigener Praxis
- in einem MVZ
- in der Klinik
- als angestellte/r Praxisarzt/Praxisärztin

Die Satzung des PsoNet Berlin / Brandenburg ist mir bekannt und wird von mir akzeptiert.



Berlin/Brandenburg,

Unterschrift