

Antrag auf Mitgliedschaft



Rankestraße 34 · 10789 Berlin

berlin-brandenburg@psonet.de · www.psonet-bb.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in das PsoNet Berlin und Brandenburg (PsoNet-BB).

Name _____

Vorname _____

Titel _____ Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Telefax _____ Website _____

Einer Verlinkung mit der Website von PsoNet-BB stimme ich hiermit zu.

Ich bin Fachärztin / Facharzt für Dermatologie, tätig

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

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

Stempel

Berlin/Brandenburg, _____

Unterschrift