



An:

Medinetz Ulm e.V.

c/o DRK Übernachtungsheim
Frauenstraße 125
89073 Ulm

kontakt@medinetz-ulm.de

Antwortbogen

- Ich bin bereit, PatientInnen von Medinetz Ulm e.V. zu behandeln. Ich habe den „[Flyer für kooperierende Ärztinnen und Ärzte](#)“ zur Kenntnis genommen.
- Ich möchte aktives Mitglied oder Fördermitglied bei Medinetz Ulm e.V. werden und bitte um Zusendung des Mitgliedsantrages, bzw. lege den ausgefüllten Mitgliedsantrag bei.

Ich kann voraussichtlich

- einen
- zwei
- _____

Patienten je Quartal übernehmen.

- Ich möchte mein Engagement zunächst zeitlich begrenzen bis: _____

Meine Kontaktdaten:

Titel: Name:

Facharzt für:

Praxisadresse:

Sprechzeiten / Website mit Sprechzeiten:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Damit wir die von Ihnen gemachten Angaben und Daten verwenden dürfen, stimmen Sie bitte unserer Datenschutzordnung zu:

Ich habe die **Datenschutzordnung** des Medinetz Ulm e.V. zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit ihr einverstanden.

- ja nein

Ort, Datum

Unterschrift