



## Beitrittserklärung - Bitte an:

Sächsische Landesärztekammer  
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Kordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden

**per Fax: 0351 8267-162**

**Von:**

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Beitrittserklärung zum Netzwerk „Ärzte für Sachsen“

Hiermit erkläre ich den Beitritt unserer Einrichtung in das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“. Der Ansprechpartner für die Mitarbeit im Netzwerk

... bin ich selbst.

... ist folgende Person:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Basis dieser Beitrittserklärung ist das Netzwerkkonzept. Dieses wird jedes Jahr aktualisiert. Die Mitgliedschaft ist derzeit kostenfrei. Sie kann zum Ende jedes Jahres formlos bei der Koordinierungsstelle gekündigt werden.

\_\_\_\_\_  
Stempel der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift