



Beitrittserklärung - Bitte an:

Sächsische Landesärztekammer
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Koordinierungsstelle „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 kostenfrei. Sie kann zum Ende jedes Jahres formlos bei der Koordinierungsstelle gekündigt werden.

Stempel der Einrichtung

Datum, Unterschrift