

Antrag auf Mitgliedschaft

PsoNet Ruhr
Universitätsklinikum Essen, Hautklinik,
Hufelandstraße 55,
45147 Essen

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in das PsoNet Ruhr.

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Geb.-Datum _____

Strasse _____

PLZ _____

Ort _____

Telefon _____

Fax _____

Mobil _____

Web: _____

Einer Verlinkung mit der Website des PsoNet stimme ich hiermit zu

Ich bin Facharzt für Dermatologie, tätig

- in eigener Praxis
- in einem MVZ
- in der Klinik
- als angestellter Praxisarzt

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

Stempel

Essen, den

Unterschrift