

Hiermit beantrage ich (beantragen wir) die Mitgliedschaft im Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.

Die Regelmitgliedschaft im Verband ist die Einrichtungsmitgliedschaft eines MVZ oder Unternehmens – Einzelpersonen werden entsprechend nur in begründeten Ausnahmefällen aufgenommen.



Die Satzung und die Beitragsordnung sind bekannt und werden von der Einrichtung als verbindlich akzeptiert. Beide Dokumente können auch über den nebenstehenden QR-Code abgerufen werden.

Bitte senden Sie den Antrag an: Fax 030 - 270 159 49 oder verwaltung@bmvz.de

Bevorzugt maschinell oder in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen!

Medizinische Einrichtung

Name _____

Anschrift _____

ggf. Zusatz _____

Website _____

gesetzl. Vertreter _____

Ansprechpartner

Name _____

Funktion _____

Telefon _____

Mail _____

STEMPEL

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter / Stempel