



Beitrittserklärung / Beteiligungserklärung zum Kooperationsvertrag Wundmanagement



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Kooperationsvertrag Wundmanagement zwischen der Ärztegenossenschaft Niedersachsen Bremen eG und der GTP GmbH & Co. KG. Der Vertrag wurde mir ausgehändigt. Ich erkenne den Vertrag an und verpflichte mich, die Regelungen des Vertrages zu erfüllen.

Titel, Name und Vorname

Fachbereich

Geb.-Datum

Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft

Ort, Datum

Unterschrift

Adresse, dienstlich

Telefon dienstlich

EMail (**wichtig!**)

Fax

Kontonummer

Bankleitzahl

Bank

Hiermit ermächtige ich die Ärztegenossenschaft Niedersachsen Bremen eG zur Abrechnung des Honorars gegenüber der Fa. GTP

Ort, Datum

()