

Austrittsformular

Über NET-PHARM hat der Arzt die Möglichkeit, Medikamente günstiger einzukaufen. Zudem besteht auch eine Vereinskasse, von welcher der Arzt profitieren kann.

Ich möchte von diesen Vorteilen nicht profitieren und gebe per sofort (Datum der Unterschrift) den Austritt.

Anrede:.....

Name & Vorname:.....

Beruf: Arzt

Adresse:.....

PLZ & Ort:.....

Ort / Datum:.....

Unterschrift:.....

Bitte lassen Sie das Austrittsformular an folgende Adresse zukommen:

NET-PHARM Ärztenetzwerk
c/o Martin Jäggi, Sekretär
Weekendweg 3
3646 Einigen