

Beitritts-Erklärung

Gerne erkläre ich hiermit meinen Beitritt als Mitglied in den Verein
NET-PHARM Ärztenetzwerk.

Anrede:..... Dr. med.

Vorname / Nachname.....

Fachrichtung:.....

Adresse:.....

PLZ & Ort:.....

Tel / Natel:.....

e-mail:.....

Ort / Datum:.....

Unterschrift:.....

Bitte lassen Sie uns Ihr Beitritts-Formular an folgende Adresse zukommen:

NET-PHARM Ärztenetzwerk
c/o Martin Jäggi, Sekretär
Dorfstrasse 25A
3646 Einigen

NET-PHARM^Ä Ärztenetzwerk