Antrag auf Mitgliedschaft im Augennetz REGIO

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Augennetz REGIO.

Angaben zur Person/Praxis:

Nachname: …… Vorname: ……

Praxis: ……..

PLZ, Ort: …… Straße, Haus-Nr.: ……..

Telefon: …….. Fax: ……..

Persönliche E-Mail-Adresse: ……..

……

Ort, Datum

Praxisstempel

……

Unterschrift

Wir bitten um die Zusendung des ausgefüllten und unterschriebenen Antrags an unsere Fax-Nr. 0761/270-41090 oder eingescannt per E-Mail an janine.aleksov@uniklinik-freiburg.de

Herzlichen Dank!