

# NAV-Virchow-Bund

## – mein Vorteil, mein Verband

**Unsere Fax-Nr.: (0 30) 28 87 74-115**

### Beitrittserklärung zum NAV-Virchow-Bund

**Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.**  
**Chausseestraße 119b • 10115 Berlin**

*(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)*

Ich \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_  
*(PLZ, Ort, Str., Haus-Nr.)*

Praxis-, Dienst- oder Studienanschrift \_\_\_\_\_  
*(PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)*

niedergelassen als \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
*(Gebietsbezeichnung)*

oder tätig als \_\_\_\_\_ erreichbar über:  
*(Funktions- und Gebietsbezeichnung)*

Niederlassung geplant zum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
*(Monat/Jahr)*

Medizinstudent/in im \_\_\_\_\_ Semester Fax \_\_\_\_\_

erkläre hiermit meinen Beitritt zum NAV-Virchow-Bund. E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Ort, Datum, Unterschrift)*