



## Initiative PALLIATIV NETZWERK WUPPERTAL e.V

Kreuzstr. 56  
42277 Wuppertal

VR 4195

Tel. (0202) 70 53 493  
Fax (0202) 70 53 494

E-Mail: info@pn-wuppertal.de  
www.pn-wuppertal.de

### Öffnungszeiten

Mo	10 h	bis 14 h
Di	10:30 h	bis 12:30 h
Mi	10 h	bis 11:30 h
Do	10 h	bis 12 h
Fr	10 h	bis 14 h

### Antrag auf Mitgliedschaft in dem eingetragenen, gemeinnützigen Verein

„Initiative PALLIATIV NETZWERK WUPPERTAL e.V.“ (IPNW)

- ? Für die Abrechnung nach dem EBM ist die Teilnahme  
? an den KV-NO Palliativ-Verträgen Voraussetzung!

**Formular für Ärzte**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der

„Initiative **PALLIATIV NETZWERK WUPPERTAL e.V.**“

- Dem **Hausarztvertrag** (KV-NO) bin ich bereits beigetreten
- Die **KV-NO Palliativ-Verträge** habe ich bereits unterschrieben und an die KV-NO geschickt
- Den **KV-NO Palliativ-Verträgen** werde ich beitreten und danach den Vorstand der **IPNW** entsprechend benachrichtigen

Das **Statut** als auch die **Satzung** des Vereines habe ich zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift unter diesem Antragsformular erkenne ich beide Dokumente an.

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag i.H. von € 35,00 (*dieser ist steuerlich absetzbar!*)

- werde ich überweisen
- hierfür erteile ich Ihnen meine Ermächtigung zum Bankeinzug.  
Die unterschriebene Einzugsermächtigung füge ich bei.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift

Stempel