

Registrierung „Pathologie“ zum Verein  
„Chirurgisch/Orthopädischer –Verbund- Berlin - e.V.“

Name :  Vorname:

Telefon:  Fax :

e-mail:

Fachrichtung/Praxisanschrift ( Str./PLZ/Ort ):  
  
**KV Nr.**  
  
**LANR:**

Praxisöffnungszeiten:

Bankverbindung:

Praxissoftware :

Berlin, d.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Mitgliedes)

**Aufnahmeantrag bitte faxen an I. Tell Fax : 65 66 77 89 !**