

**Antrag auf Mitgliedschaft
im
Wundwerk e.V.**

Name/Vorname/Titel:

PLZ/Ort/Straße/Nr.:

LANR: _____ BSNR: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Mail: _____

Ein KVSafeNet / KV-Connect-Anschluss ist vorhanden/beantragt ja nein

Ort/Datum:

Unterschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Fachgebiet, Praxis- bzw. Klinik- oder Pflegeheimanschrift, Telefon und Fax auf der Homepage des Wundwerk e.V. veröffentlicht werden.
- Ich habe eine eigene Homepage unter www._____ und möchte diese mit dem Wundwerk verlinken.

Ort, Datum

Unterschrift