



Antrag auf Aufnahme in das Netzwerk KOMET MRE

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Netzwerk KOMET MRE.

Name des Arztes/der Ärztin: _____

ggf. abweichender Praxisname: _____

Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Email-Adresse: _____

Hinweis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung:

In Bezug auf die Erhebung von personenbezogenen Daten wird auf die Information des Kreises Mettmann zu Art. 13 der EU-Datenschutz-Grundverordnung, die auf der Homepage des Kreises Mettmann (www.kreis-mettmann.de) hinterlegt ist, hingewiesen.

Mit der Weitergabe meiner Daten im Rahmen der Zugehörigkeit zum Netzwerk KOMET MRE erkläre ich mich einverstanden. Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Praxisstempel: