Medinetz Tübingen e.V.

Brunnenstraße 1

72074 Tübingen

medinetz-tuebingen@posteo.de

**Antwortbogen**

Ich bin bereit, Patient\*innen vom Medinetz Tübingen e.V. zu behandeln.

Ich möchte ein Behandlungsmaximum festlegen

Ich kann voraussichtlich

einen

\_\_\_\_\_\_

Patient\*in pro Quartal übernehmen.

Ich möchte mein Engagement zunächst zeitgleich begrenzen bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich möchte aktives Mitglied oder Fördermitglied bei Medinetz Tübingen e.V. werden und

lege den ausgefüllten Mitgliedsantrag bei.

**Meine Kontaktdaten:**

Name:

Fachrichtung:

Klinik-/Praxisadresse:

Sprechzeiten/Website mit Sprechzeiten:

Telefon:

E-Mailadresse:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

Ich kann mir vorstellen, dass

Frau\*Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fachärzt\*in für \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ebenfalls Interesse an einer Kooperation haben könnte. Seine\*ihre Kontaktdaten:

Anmerkungen/Kommentare/Bitten: