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: