

Medinetz Tübingen e.V.
Fichtehaus, Herrenberger Str.40
72070 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: