



Hiermit beantrage ich die **Aufnahme als Vollmitglied** in den Verein **Lymphnetz Neckaralb e.V.**

- als Arzt/Arztpraxis
- Physiotherapeut/Physiotherapeutenpraxis mit Zertifizierung in KPE
- Sanitätshaus mit ausgebildeten Fachkräften für lymphologische Versorgungen.

Die Aufnahmekriterien sind den Anlagen zur Vereinssatzung zu entnehmen. Über den Aufnahmeantrag entscheidet der Vorstand.

Nachweise gemäß den Aufnahmekriterien der Satzung: lege ich bei reiche ich nach.

.....
Organisation

.....
Vorname

.....
Name

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
Datum, Unterschrift



Hiermit beantrage ich die **Aufnahme als Vollmitglied** in den Verein **Lymphnetz Neckaralb e.V.**

- als Arzt/Arztpraxis
- Physiotherapeut/Physiotherapeutenpraxis mit Zertifizierung in KPE
- Sanitätshaus mit ausgebildeten Fachkräften für lymphologische Versorgungen.

Die Aufnahmekriterien sind den Anlagen zur Vereinssatzung zu entnehmen. Über den Aufnahmeantrag entscheidet der Vorstand.

Nachweise gemäß den Aufnahmekriterien der Satzung: lege ich bei reiche ich nach.

.....
Organisation

.....
Vorname

.....
Name

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
Datum, Unterschrift