



Mitglied werden!

Wenn Sie Mitglied im universitären Qualitätsnetzwerk **Augennetz West** werden möchten, füllen Sie bitte das Formular aus und senden, faxen oder mailen das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:

Universitäres
Qualitätsnetzwerk

Augennetz West
Universitäres Qualitätsnetzwerk
Geschäftsstelle
Ernst-Abbe-Straße 2
53127 Bonn

Telefax: 0228-287-15603
info@augennetz-west.de

**Hiermit beantrage ich den Beitritt
zum universitären Qualitätsnetzwerk
Augennetz West**

Vorname: *

Nachname: *

Praxisname: *

Praxisstraße: *

Praxis-PLZ / Ort: * /

Praxistelefon*:

Praxisfax:

E-Mail (für Rückfragen): *

Mit * gezeichnete Felder sind Pflichtfelder

Datum: _____ Unterschrift und Stempel: _____