



Angelikastr. 4
01099 Dresden

Info-Tel: (Mo - Fr: 9 - 12 h)
0351 - 5000 59 59

Fax: 0351 - 84 72 27 94

An die
Gesundheitsinitiative Dresden
z. Hd. Dr. med. Michael Schnur
Fritz-Reuter-Str. 10 a
01097 Dresden

Teilnehmernummer *:

Teilnahmeantrag für den ärztlichen Telefonnotdienst

Ich möchte den ärztlichen Telefonnotdienst der Gesundheitsinitiative Dresden nutzen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Straße Hausnummer	Telefon	
PLZ Ort	Fax (wenn vorhanden)	
E-Mail-Adresse		

Folgende Familienmitglieder, die in meinem Haushalt leben, sollen ebenfalls Zugang zum ärztlichen Telefonnotdienst haben (ohne Mehrkosten):

Name, Vorname	Geburtsdatum
1.	
2.	
3.	
4.	

Die Kostenumlage für die Bereitstellung in Höhe von monatlich 5 Euro erfolgt per Lastschriftinzug:

- Ich ermächtige den o. g. Verein widerruflich, die Bereitstellungsumlage bis zum Jahresende und dann jeweils zu Jahresbeginn im Voraus für das laufende Jahr von folgendem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber (wenn abweichend vom Antragsteller):

IBAN: BIC:

Unterschrift des Kontoinhabers

Die Leistungsbeschreibung sowie das Merkblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere beides. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

* Nach Erteilung der Einzugsermächtigung erhalten Sie umgehend die für Sie aktuelle Telefonnummer des ärztlichen Telefonnotdienstes, sowie eine Teilnehmernummer, die Sie bei jedem Anruf bitte bereithalten mögen. Nähere Informationen erhalten Sie auch über unser Info-Telefon: 0351 - 5000 59 59.

E-Mail: info@gesundheitsinitiative-dresden.de
Web: www.gesundheitsinitiative-dresden.de
Bankverbindung:
Anthroposophische Heilkunst Dresden e.V.
BIC: GENODEM1GLS
IBAN: DE17 4306 0967 1118 0422 0