



Hohe Str. 17
01069 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
Markusstr. 16
01127 Dresden

Teilnehmernummer *:

Teilnahmeantrag für den ärztlichen Telefonnotdienst

Ich möchte den ärztlichen Telefonnotdienst der Gesundheitsinitiative Dresden nutzen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Anschrift		Telefon
E-Mail-Adresse (wenn vorhanden)		Fax (wenn vorhanden)

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

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

Die Kostenumlage für die Bereitstellung in Höhe von monatlich 4 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):

Kto. Nr.: BLZ:

Kreditinstitut: Unterschrift des Kontoinhabers

Die Leistungsbeschreibung habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

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