

Anmeldung zur Versorgungspartnerschaft

Ich/wir möchte/n Versorgungspartner werden in der Kategorie:

Niedergelassene (1-2 Augenärzte): Jahresbeitrag von 60€ (inkl. 19% MwSt)

Gemeinschaftspraxis (3-5 Augenärzte): Jahresbeitrag von 150€ (inkl. 19% MwSt)

Klinik / Praxisklinik: Jahresbeitrag von 300€ (inkl. 19% MwSt)

(Anrede, Titel,
Vorname, Nachname)

(Organisation / Praxis)

(Straße und Hausnummer)

(PLZ und Ort)

(E-Mail-Adresse nur für Kontakt durch die Geschäftsstelle AMD-Netz)

(Telefonnummer nur für Kontakt durch die Geschäftsstelle AMD-Netz)

Ich willige ein, dass das AMD-Netz e. V. meine Daten speichert und für die notwendige Kommunikation bzgl. der Partnerschaft verwendet. Weitere Informationen unter www.amd-netz.de/datenschutz

Ich habe die [Kooperationsvereinbarung](#), die [Kooperationsrichtlinien](#) und das [Markenleitbild](#) gelesen und stimme zu.

Ich willige ein, dass meine Praxis im Adressverzeichnis des AMD-Netz unter www.amd-netz.de/adressverzeichnis aufgenommen und mit dem Partnerlogo als Versorgungspartner gekennzeichnet wird.

Ich möchte ein Willkommenspaket erhalten (DVD „Selbstständig bleiben mit Seheinschränkung“, Patientenhandout, Flyer, Tastpunkte).

Ich möchte eine Plakette zur Ausweisung als Partner im AMD-Netz erhalten.

