

**Beitrittserklärung zum Netzwerk Fachanwälte für Medizinrecht**

Ich bin Fachanwalt/Fachanwältin für Medizinrecht seit dem \_\_\_\_\_ und möchte dem Netzwerk Medizinrecht beitreten.

Das Netzwerk bietet seinen Mitgliedern

- eine geregelte Zusammenarbeit untereinander,
- eine kostenfreie Fortbildung nach FAO über 15 Std. zu festen Terminen

Der Beitrag für die Mitgliedschaft beträgt 60,00 € zzgl. MwSt. pro Monat und wird halbjährlich im Voraus erhoben.

**Daten des zukünftigen Mitglieds:**

-----  
Titel/Vorname/Name

-----  
Kanzlei

-----  
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer

-----  
Vorwahl/Telefon/Fax/E-Mail

-----  
Ich bewerbe mich für den Landgerichtsbezirk

-----  
Mein Schwerpunkt im Medizinrecht liegt im Bereich

-----  
Ort und Datum

-----  
Unterschrift

**Bitte faxen an 040 46 89 51 949**