



**Versorgungsnetz Gesundheit e.V.**

c/o Rita Wick  
Rahel-Straus-Str. 10  
26133 Oldenburg

**Antrag auf Mitgliedschaft im Versorgungsnetz Gesundheit e.V.**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Versorgungsnetz Gesundheit e.V.

---

Name, Vorname der Person ODER Name der Institution\*

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Ort/Datum

Unterschrift

\*Zutreffendes bitte unterstreichen oder Unzutreffendes durchstreichen.

Bei Institution bitte zusätzlich den Namen der Ansprechperson angeben.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit:

für natürliche Personen 25,00 € und für Institutionen 100,00 € pro Jahr.