

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

## werden auch Sie Mitglied im starken Ärzte- & Apotheker Netzwerk

Die Niederrhein Netzwerk eG – Ihre Genossenschaft der Heilberufe – ist Ihr Netzwerk, das Ärzte, Apotheker und andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens verbindet.

Wir sind ein wesentlicher Faktor bei der Entwicklung innovativer Versorgungsformen und optimieren regional die Versorgung unserer Patienten. Denn die bestmögliche Versorgung der Patienten steht im NRNW im Vordergrund.






Unsere Ziele sind eine freie Diagnostik und Therapie, sowie eine rundum professionelle und qualitätsgesicherte Versorgung unserer Patienten. Zu unseren Ansprüchen zählt der Erhalt einer hochwertigen Medizin im kurativen und präventiven Bereich, welche auch über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen hinausgeht.










Das NRNW bietet ein weit gefächertes und zertifiziertes Fortbildungsangebot durch die Akademie für Heilberufe. Hier werden jährlich rund 2500 bis 3000 Ärzte, Apotheker sowie medizinisches Fachpersonal fortgebildet.

Als Mitglied unserer Genossenschaft profitieren Sie von unserer Netzarbeit. **Neue Mitglieder zahlen eine einmalige Genossenschaftseinlage, die bei Austritt zurück erstattet wird, in Höhe von 500,00 € und die einmalige Eintrittsgebühr von 250,00 €.**



### Welche Ziele verfolgt die Niederrhein Netzwerk eG?

-  **optimale Patientenversorgung** - eines unserer wichtigsten Ziele ist die qualitative Verbesserung der Patientenversorgung
-  **Akademie der Heilberufe** - praxisorientierte, zertifizierte Fortbildungen, der Schlüssel zur optimalen Patientenversorgung
-  **Sektorübergreifende Kooperation** - Austausch unter Spezialisten, Zusammenarbeit mit allen Leistungsanbietern des Gesundheitswesens
-  **Reduktion der Bürokratie** - Effizienz der Kommunikationswege, Verringerung des Verwaltungsaufwands, Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
-  **Innovative Weiterentwicklungen** - unsere Erfahrungen, Ihre Ideen = gemeinsam neue Wege beschreiten

-  **reduzierte Kursgebühr für Mitglieder und deren Angestellte**
-  **innovatives Versorgungskonzept für Praxen und Kliniken**
-  **regionales enterales und parenterales Versorgungsmanagement**
-  **kompetente und umfassende Beratung in Praxismarketing/Onlinemarketing/Mitarbeiterführung**
-  **kostenfreie Nutzung unserer Jobbörse auf NRNW**
-  **kostengünstiger Bezug von Praxis- und Sprechstundenbedarf**
-  **kostenlose Praxisbeschreibung in Onlinesuchmaschine des NRNW mit Bild, Beschreibung und Verlinkung**
-  **kostengünstiger Bezug von Medizintechnik**
-  **Partner bei Praxiseinrichtung- und Umbau**

Hiermit erkläre ich

--	--

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

--	--

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

meinen **Beitritt zur Niederrhein Netzwerk eG.**

Die aktuelle Satzung liegt mir vor und ich stimme dieser ausdrücklich zu.

---

Ort, Datum

Unterschrift

**SEPA Lastschriftmandat**

Gläubiger ID: DE 37 ZZZ 0000 1927 663

Hiermit ermächtige ich die Niederrhein Netzwerk eG die anfallende Genossenschaftseinlage von 500 Euro und die einmalige Eintrittsgebühr von 250 Euro von meinem Konto

--	--

IBAN

BIC

bei der	einziehen.
---------	------------

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von meinem Konto eingezogene Lastschrift einzulösen.

---

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Eine Nachschusspflicht besteht für mich nicht. Bei Austritt aus der Genossenschaft wird mir meine Einlage im Rahmen des Genossenschaftsgesetzes zurückerstattet.

---

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

## Ihr Mitgliederprofil auf der Homepage [www.niederrhein-netzwerk.de](http://www.niederrhein-netzwerk.de)

Vor- u. Nachname incl. Titel: \_\_\_\_\_

Anschrift der Praxis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Profilbeschreibung:  
(mind. 100 Wörter)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eigene Webseite \*:

\_\_\_\_\_

Sprechstunden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medizinisch technische  
Ausstattung:

\_\_\_\_\_

Pers. Schwerpunkte/  
Erfahrungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

URL Xing Profil \*:

\_\_\_\_\_

URL Facebook Profil \*:

\_\_\_\_\_

URL LinkedIn Profil \*:

\_\_\_\_\_

URL google+ Profil \*:

\_\_\_\_\_

Sonstige Angaben \*:

\_\_\_\_\_

\*= optional