MediNetz
Würzburg e.V.

Wenn Sie uns unterstützen möchten, senden Sie diesen Antwortbogen bitte an die oben genannte Adresse.
**Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung, denn nur mit Ihrer Hilfe lässt sich unser Projekt in die Tat umsetzen.**

---

Name:

Adresse:

E-Mail:

Sprechzeiten:

---

Ich bin Arzt/Ärztin für:

Gemeinschaftspraxis:

Sprechzeiten:

---

Sind sie bereit , Menschen ohne Krankenversicherung kostenlos zu behandeln?
(Anfallende Kosten für Labor, Medikamente etc. können von MediNetz Würzburg e.V. übernommen werden)

☐ Ja ☐ Nein

---

Ich erkläre mich dazu bereit, Betroffene zu behandeln, und zwar…

☐ … zweimal im Monat
☐ … einmal im Monat
☐ … einmal alle 2 Monate
☐ … nach Rücksprache
☐ … sooft es mir möglich ist
☐ … _____

_____

Verweis auf weitere Kolleg/innen, die für unsere Arbeit angeworben werden können?

Medinetz Würzburg e.V.
Postfach 6168
97011 Würzburg

Tel.: +49 160 91661078
E-Mail: info@medinetz-wuerzburg.de
Web: www.medinetz-wuerzburg.de

MediNetz Würzburg e.V
IBAN DE61 7905 0000 0048 0974 63
BIC BYLADEM1SWU