



## Teilnahmeerklärung Herzverbund Rheinland-Pfalz

Ich möchte Teil des Herzverbundes werden!

Name:

Praxis:

Adresse:

Mail:

Telefon:

Bitte senden Sie Ihre Teilnahmeerklärung per Mail an [telemedizin@herzverbund.de](mailto:telemedizin@herzverbund.de). Wir werden Sie anschließend kontaktieren.

---

Ort, Datum

Unterschrift