



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Abteilung Sicherstellung
Postfach 10 06 41
01076 Dresden

Fax-Nr. 0351 8828 199

Posteingangsstempel

AUFNAHMEFORMULAR

Vertreter – Gesuch

Fachrichtung _____

ggf. Schwerpunkt _____

BSNR _____ **LANR** _____

Versorgungsbereich (bitte ankreuzen bei Internisten) hausärztlich fachärztlich

Praxisort: _____

Zeitraum: _____

Angaben zur Person:

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Kontaktadresse: (Privat- oder Praxisanschrift)

Vor- und Zuname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____ Fax _____

Mobil _____ E-Mail _____

Die Veröffentlichung Ihrer Anzeige erfolgt auf der Internetseite der KV Sachsen (www.kvs-sachsen.de) in der Regel mit einer Registriernummer. Ihre persönlichen Daten können durch den Interessenten bei der Bezirksgeschäftsstelle telefonisch oder per E-Mail erfragt werden. Dem Interessenten werden Ihr Name und Ihre E-Mailadresse mitgeteilt.

Ich wünsche die Veröffentlichung meiner persönlichen Daten im Internetauftritt der KV Sachsen (www.kvs-sachsen.de).

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel./Mobil _____

Profil der Praxis (z.B. Zusatzbezeichnung, Leistungsspektrum)

Dauer der Veröffentlichung:

Ich wünsche die Veröffentlichung der Anzeige für

- 3 Monate
 6 Monate.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Daten im Internetauftritt der KV Sachsen (www.kvs-sachsen.de) sowie der Weitergabe meines Namens und meiner E-Mail-Adresse an Interessenten zu.

Datum, Stempel, Unterschrift

Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis, dass die Veröffentlichung Ihres Anzeigewunsches einige Tage in Anspruch nehmen wird. Sobald die Anzeige freigeschaltet ist, erhalten Sie von uns per E-Mail eine Benachrichtigung.