

KVS



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

FAX

an ÄVZ Leipzig 0341 234931299

Anmeldung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst

in reformierten Bereitschaftsdienstbereichen

Name, Vorname: _____

Meine LANR: _____

Bereitschaftsdienstbereich: _____

Praxisort (bei Dienst in der Bereitschaftspraxis): _____

Gewünschter Abholort (beim Hausbesuchsdienst): _____

Dienstag: _____ Dienstzeit: von _____ bis _____

Ich bin dienstbereit und führe meinen Dienst persönlich aus
Telefonisch bin ich unter folgender Rufnummer erreichbar: _____

Meinen Dienst hat übernommen:
Name, Vorname: _____
LANR (sofern bekannt): _____
Telefonnummer: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____