

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Sicherstellung
Postfach 2019
99401 Weimar

Vertretungsangebot

Privatanschrift:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Telefon/FAX: _____

Ich erkläre mich bereit, Vertragsärzte in meinem Fachgebiet zu vertreten. Mit der Weitergabe meiner Privatanschrift/-telefonnummer sowie der sonst in diesem Schreiben enthaltenen Daten an einen vertreter-suchenden Vertragsarzt bin ich einverstanden.

Approbation seit*): _____

Gebietsbezeichnungen*): _____

Teilgebietsbezeichnungen*): _____

Zusatzbezeichnung*): _____

sonstige Kenntnisse:
(z. B. Sonographie) _____

Einsatzgebiet: _____
(z. B. bundesweit, nur Bundesland Thüringen, Stadt, im
Umkreis u.ä.)

Arztregistereintragung in: _____ ENR: _____

Ort, Datum

Unterschrift

*) Angaben entfallen, wenn Arztregistereintragung in der KV Thüringen erfolgt ist!