

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Sicherstellung
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Team Sicherstellung/Vertreter | Fax 0711 7875-483871

Antrag

auf Genehmigung zur Weiterführung der Praxis eines/r Vertragsarztes/ärztin, Vertragspsychotherapeuten/in gemäß § 4 Abs. 3 BMV-Ä

Antragsteller/in

Name, Vorname

für

Name, Vorname

zugelassen als

Gebietsbezeichnung

Ich beantrage die Genehmigung zur Beschäftigung von

Name, Vorname

Gebietsbezeichnung

Straße

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

Beantragter Zeitraum

von _____

bis _____

in Vollzeit in Teilzeit

Ergänzende Angaben

Der/Die Verstorbene war mein/e

Ehepartner/in

Kind

Vater/Mutter

Bruder/Schwester

Sonstiges (bitte benennen):

Ich bin Bevollmächtigte/r (Vollmacht bitte beifügen)

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Informationen zur Vertretung auf der Homepage der KVBW.