

Terminservice der KVWL Faxantwort an 0231 – 9432 9449

Ich/Wir stelle(n) für den Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe ab dem 01.01.2017 folgende freie Sprechstundenzeiten zur Verfügung:

Kontaktdaten:

BSNR: _____

E-Mail-Adresse: _____

Faxnummer: _____

Arztname: _____

Terminkapazitäten (freie Sprechstundenzeiten):

Montag: ab Datum: ____:____:____

Beginn: ____:____ Uhr
Ende: ____:____ Uhr

Anzahl Termine:
_____ Termine à _____ Minuten

Wiederholen:

wöchentlich
 alle 2 Wochen
 alle 4 Wochen

endet
an diesem Datum: ____:____:____

Dienstag: ab Datum: ____:____:____

Beginn: ____:____ Uhr
Ende: ____:____ Uhr

Anzahl Termine:
_____ Termine à _____ Minuten

Wiederholen:

wöchentlich
 alle 2 Wochen
 alle 4 Wochen

endet
an diesem Datum: ____:____:____

Mittwoch: ab Datum: ____:____:____

Beginn: ____:____ Uhr
Ende: ____:____ Uhr

Anzahl Termine:
_____ Termine à _____ Minuten

Wiederholen:

wöchentlich
 alle 2 Wochen
 alle 4 Wochen

endet
an diesem Datum: ____:____:____

Donnerstag: ab Datum: ____:____:____

Beginn: ____:____ Uhr
Ende: ____:____ Uhr

Anzahl Termine:
_____ Termine à _____ Minuten

Wiederholen:

wöchentlich
 alle 2 Wochen
 alle 4 Wochen

endet
an diesem Datum: ____:____:____

Freitag: ab Datum: ____:____:____

Beginn: ____:____ Uhr
Ende: ____:____ Uhr

Anzahl Termine:
_____ Termine à _____ Minuten

Wiederholen:

wöchentlich
 alle 2 Wochen
 alle 4 Wochen

endet
an diesem Datum: ____:____:____

**Herzlichen Dank für
Ihre Unterstützung!**

Praxisstempel

Datum/Unterschrift