

Terminservice der KVWL Faxantwort an 0231 – 9432 87040

Ich/Wir stelle(n) für den Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe ab dem 01.01.2018 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