



## Registrierung als Vertreter für niedergelassene Vertragsärzte bei der KVWL

Name: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachgruppe: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt/  
Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Eingetragen im  
Arztregister der KVWL:

ja  nein

(Sollten Sie **nicht** im Arztregister der KVWL eingetragen sein, fügen Sie bitte eine beglaubigte Fotokopie Ihrer Approbation und Facharzturkunde bei).

Umkreis der Vertretung:  ganz Westfalen Lippe  Umkreis von \_\_\_\_\_ km vom Wohnort

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich stimme der Weitergabe meiner Kontaktdaten an niedergelassene Vertragsärzte/-innen zu.  
Ich kann meine Zustimmung jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Meine Daten werden maximal für die Dauer von zwei Jahren bei der KVWL gespeichert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift