



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 für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Meine Daten werden maximal für die Dauer von zwei Jahren bei der KVWL gespeichert.

Ort, Datum

Unterschrift