

Antrag auf Aufnahme in das Vertreterverzeichnis der Kreisstelle Viersen

Hiermit beantrage ich die widerrufliche und befristete Aufnahme
in das Vertreterverzeichnis der Kreisstelle Viersen

Name:

Private Adresse:

Berufliche Adresse:

Telefonnummer, Handynummer, Faxnummer der Arbeitsstelle :

.....

Telefonnummer, Handynummer privat:

.....

Email-Adresse:

Hiermit erlaube ich der KV Nordrhein / Ärztekammer Nordrhein meine o. g. Kontaktdaten aus dem Vertreterverzeichnis an anfragende Ärztinnen und Ärzte zur Kontaktaufnahme weiterzugeben bzw. das Vertreterverzeichnis der Kreisstelle Viersen an den einen Vertreter suchenden Arzt zu übermitteln. Meine Erlaubnis darf ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Beigefügte Anlagen:

- Approbationsurkunde
- Facharzturkunde oder
- Nachweis einer 3-jährigen Weiterbildung
- Nachweis Kurs „Arzt im Rettungsdienst“ gem. § 5 Abs. 3 c NFD-O
- Nachweis ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für die Wahrnehmung des ärztlichen Notfalldienstes (Formular)

_____den_____
Ort und Datum

Unterschrift