

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
-Stammdatenpflege-
Masurenallee 6 A
14057 Berlin
Fax: 030/31 003 311

Praxisstempel

Betriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertretung vom:

				2	0				
--	--	--	--	---	---	--	--	--	--

 bis:

				2	0				
--	--	--	--	---	---	--	--	--	--

(TTMMJJJJ) (TTMMJJJJ)

- wegen: Beendigung Anstellungsverhältnis (z.B. Kündigung, Tod)
 Reduzierung der Anstellung von _____ auf _____

Mit Wirkung zum _____

Die Vertretung erfolgt für:

Titel, Name, Vorname _____

Gebietsbezeichnung(en): _____

LANR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Vertretung erfolgt durch:

Titel, Name, Vorname _____

Gebietsbezeichnung(en): _____

Wohnanschrift: _____

- Beizufügen sind:** Nachweis der schriftl. Anzeige gegenüber dem Zulassungsausschuss über Kündigung/Reduzierung der Tätigkeit mit Datum des Beginns
 Kopie Arztregisterauszug oder
 Kopie Approbationsurkunde und Kopie Facharztanerkennung
 Kopie Kündigung/Nachweis (Teil-)Beendigung der Tätigkeit

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift der Ärztlichen Leitung