



Ihre Einwilligung zur Veröffentlichung qualitätsgesicherter Leistungen

per Fax: (030) 31003-210 oder -380 / E-Mail: marion.wehrand@kvberlin.de

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Masurenallee 6 A
14057 Berlin



Ansprechpartnerin:

Marion Wehrand
Telefon:
030 / 31003-485/-379
Telefax:
030 / 31003-210/-380
E-Mail:
marion.wehrand@kvberlin.de

per Fax: (030) 31003-210 oder -380

Schritt 3: Einwilligungserklärung **Veröffentlichung qualitätsgesicherter Leistungen in der** **Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche www.kvberlin.de**

für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Ich bin mit der Darstellung meiner qualitätsgesicherten Leistungen (genehmigungspflichtigen Leistungen) in der Online-Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Berlin

einverstanden nicht einverstanden

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum:

Name, Vorname:

Unterschrift:

*Bitte ergänzen Sie diese
Erklärung unbedingt
mit Ihrem Praxisstempel.
Vielen Dank!*

Praxisstempel

