Anmeldedaten

Vorname*

Nachname*

E-Mail-Adresse*

Telefonnummer (für Rückfragen)*

BSNR*

Fachgruppe*

(bitte wählen Sie Ihre Fachgruppe aus) ▼

*

Abzugebender Versorgungsumfang

- ○ 0,5
- ○ 1
- ○ Anzahl Anstellungssitz/e (Selbstangabe)

Bitte geben Sie hier die Anzahl Ihrer Anstellungssitze an:

Bezirk*

(bitte wählen Sie in den Bezirk aus, in dem sich Ihre Praxis befindet) ▼

Abgabezeitpunkt*

*

Verfügbare Anstellungsmöglichkeiten

- ○ ja
- ○ nein

An dieser Stelle können Sie nähere Angaben zu den Anstellungsmöglichkeiten angeben:

Verfügbare Räumlichkeiten für die Fortführung der Praxis (ein Exposé kann gerne mitgebracht werden)*

ja ▼

Datenschutz und Absenden

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen.

Bitte lösen Sie die Rechenaufgabe.

Kontakt für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

Service-Center der KV Berlin

Arztkontokorrent

FAQ: Hier finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen

Kontakt für Patient:innen

Wann hilft die KV Berlin?

Terminservice 116117

Kontakt für Presseanfragen

presse@kvberlin.de

KV BERLIN

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

030 / 31 003-0
030 / 31 003-380
Kontakt