

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Büro NDP
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Ich versichere hiermit das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung, deren Versicherungsschutz die Tätigkeit im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes einschließt.

Jede Änderung des Versicherungsumfangs, die Auswirkung auf meinen Versicherungsschutz bezüglich des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes hat, teile ich der KV Berlin umgehend mit.

Name: _____
Bitte in Druckschrift ausfüllen

Vorname: _____
Bitte in Druckschrift ausfüllen

BSNR: _____

Datum

Stempel, Unterschrift