
ELEKTRONISCHER HEILBERUFSAUSWEIS

Name: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich versichere hiermit im Besitz eines gültigen elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) zu sein

Datum, Name

Unterschrift, Stempel

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an das NDP-Büro des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter
Tel.: 030 / 31 003-602 oder per E-Mail an ndp@kvberlin.de