

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
-Klassisches Arztregister-
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Fax: 030 / 31 003-311

Praxisstempel

Betriebsstättennummer

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

Vertretung vom:

				2	0			bis					
(TTMMJJJJ)						(TTMMJJJJ)							

wegen:

- Beendigung Anstellungsverhältnis (z.B. Kündigung, Tod)
- Freistellung
- 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 Kündigung/Nachweis (Teil-)Beendigung der Tätigkeit des Vertretenen
- Kopie Arztregisterauszug **oder** ggf. Kopie Approbationsurkunde **und** Kopie Facharzturkunde des Vertreters

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Ärztlichen Leiters