

BSNR: _____

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abt. Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Einverständniserklärung

Im Rahmen des vorliegenden Antragsverfahrens erkläre ich mein Einverständnis, dass die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin bei der zuständigen Landesärztekammer die erforderlichen Informationen

- hinsichtlich der für mich maßgeblichen Weiterbildungsordnung meiner Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung
- hinsichtlich meiner Fachkunde im Strahlenschutz

anfragen und erhalten darf.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Praxisstempel