



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Vertragsabteilung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Fax (030) 31003 - 50380

Praxisstempel

Zustimmung zur namentlichen Veröffentlichung im Verzeichnis über „SAPV-Ärzte“ bzw. „SAPV-Praxen“ auf der Homepage der KV Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stimme/n ich/wir der namentlichen Veröffentlichung (Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer) im Verzeichnis über die „SAPV-Ärzte“ bzw. „SAPV-Praxen“ **auf der Homepage der KV Berlin zu.**

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt