

Fax: 089 57093-64923

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

CoC SuB Informationsmanagement / Vertretervermittlung

**Praxisvertretung
- Meldebogen -**

Titel, Vorname, Name*:

Geburtsjahr:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

— Fax:

E-Mail*:

Fachgebiet*:

Schwerpunkt/
(bes.) Qualifikationen:

— Hinweise:

Ich möchte im Bereich folgender Dienststelle/n vertreten*:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> München Stadt u. Land | <input type="checkbox"/> Mittelfranken | <input type="checkbox"/> Niederbayern |
| <input type="checkbox"/> Oberbayern | <input type="checkbox"/> Oberfranken | <input type="checkbox"/> Oberpfalz |
| <input type="checkbox"/> Schwaben | <input type="checkbox"/> Unterfranken | <input type="checkbox"/> bayernweit |

In folgenden Zeiträumen ist eine Vertretung grundsätzlich nicht möglich:

Bitte beachten Sie, dass Sie nur als Vertreter in unsere Datei aufgenommen werden können, wenn Sie Facharzt sind! Bei Fragen senden Sie bitte ein Telefax an die oben angegebene Faxnummer.

* = Pflichtfelder

Rechtliche Hinweise:

Die Übermittlung dieses Praxisvertretungsangebotes (per Fax oder Post) erfolgt zur Veröffentlichung als Text-Anzeige in der Online-Praxisvertretungsbörse der KVB und Speicherung der Daten bei der KVB zur Weitergabe an KVB-Mitglieder, die eine Vertretung suchen.

Rechtsgrundlage für die Speicherung, Veröffentlichung und Übermittlung der Daten ist der Sicherstellungsauftrag der KVB gemäß § 75 SGB V i.V.m. § 285 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und die Einwilligungserklärung des Vertretungswilligen.

Datenschutzhinweis:

Mit dem Absenden dieses Praxisvertretungsangebotes stimmen Sie einer Speicherung, Veröffentlichung und Weiterübermittlung der gesendeten Daten durch die KVB zu. Die Zustimmungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Veröffentlichung der Daten erfolgt im Internet unter www.kvb.de im geschützten Bereich. Wird die Einwilligung auf diesem Formular nicht erteilt, kann keine Veröffentlichung oder Weitergabe des Praxisvertretungsangebotes erfolgen.

Datum

Unterschrift