

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Referat Vertragspolitik & Arzneimittel
Stichwort „Kinder kranker Eltern“
Elsenheimerstraße 39
80687 München



oder per Fax an 0 89 - 5 70 93 - 25 15

Antwort: Zustimmung zur Weitergabe von Kontaktdaten an die teilnehmenden Krankenkassen

LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____	
Name _____, Vorname _____		

<input type="checkbox"/>	Hiermit stimme ich der regelmäßigen Weitergabe meiner Kontaktdaten an die an der Fördermaßnahme „Kinder kranker Eltern“ teilnehmenden Krankenkassen zur Optimierung der Patientenvermittlung zu. Sowohl mein Name als auch meine Betriebsstätten sollen den Krankenkassen mitgeteilt werden.	
--------------------------	---	---

Ort, Datum

Unterschrift

Stand: Mai 2018