

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung
in der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Prüfungsdaten zusammen mit personenidentifizierenden Daten (Name, Vorname, Ort und Bezeichnung des Brustkrebszentrums) an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zur Ergebnisfeststellung übermittelt und die KBV das Ergebnis unter Angabe meiner personenidentifizierenden Daten an die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. übermittelt.

Ich verpflichte mich, die Gebühr für die Teilnahme an der Fallsammlungsprüfung – unabhängig vom Ergebnis der Prüfung – in Höhe von 650,00 € an die KV Berlin innerhalb von vier Wochen nach Prüfungsteilnahme zu entrichten.

Datum und Unterschrift Arzt/Ärztin

Name des Brustkrebszentrums