

BSNR:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abt. Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Einverständniserklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin bei der für den Erhalt meiner Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung zuständigen Landesärztekammer die erforderlichen Informationen hinsichtlich der für mich maßgeblichen Weiterbildungsordnung anfragen und erhalten darf.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Praxisstempel