

Beitrittserklärung zum Weiterbündlungsverbund im Gebiet der Allgemeinmedizin im Land- und Stadtkreis Heilbronn

Angaben zur Person

Titel, Vor- und Zuname

Telefonnummer (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Mailadresse (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Fachgebiet ☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere (hausärztliche Tätigkeit)

Weiterbildungsbefugnis nach der aktuell gültigen WBO für _____ Monate ☐ allein
☐ gemeinsam*

Der Beitritt unserer Praxis zur **KWBW Verbundweiterbildung^{plus}** ☐ ist am _____ erfolgt.
☐ ist noch ausstehend.

Angaben zur Praxis

Name der Praxis

Anschrift der Praxis

Mailadresse

Alternativ Praxisstempel

Gemäß § 7 Abs. 1 des Kooperationsvertrages – Weiterbündlungsverbund im Gebiet der Allgemeinmedizin im Land- und Stadtkreis Heilbronn trete ich dem Weiterbündlungsverbund bei.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit den Regelungen des Kooperationsvertrags zum Weiterbündlungsverbund im Gebiet der Allgemeinmedizin im Land- und Stadtkreis Heilbronn einverstanden.

Sofern noch nicht geschehen, werde ich der KWBW Verbundweiterbildung^{plus} umgehend beitreten und die unterzeichnete Kooperationsvereinbarung nachreichen, damit der Beitritt zum Weiterbündlungsverbund abgeschlossen werden kann.

Über eventuelle Änderungen (z. B. bzgl. der Weiterbildungsbefugnis) werde ich die Organisatoren des Weiterbündlungsverbundes zeitnah unterrichten.

Mit der notwendigen Datenspeicherung und Datenweitergabe gemäß der Datenschutzerklärung des Organisators des Weiterbündlungsverbundes im Gebiet der Allgemeinmedizin im Land- und Stadtkreis Heilbronn erkläre ich mich einverstanden. Über ein Widerrufsrecht wurde ich informiert.

Datum, Unterschrift

Weitere Ärzte der gemeinsamen Weiterbildungsbefugnis

Angaben zur Person

Titel, Vor- und Zuname

Telefonnummer (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Mailadresse (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Fachgebiet ☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere (hausärztliche Tätigkeit)

Angaben zur Person

Titel, Vor- und Zuname

Telefonnummer (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Mailadresse (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Fachgebiet ☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere (hausärztliche Tätigkeit)

Angaben zur Person

Titel, Vor- und Zuname

Telefonnummer (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Mailadresse (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Fachgebiet ☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere (hausärztliche Tätigkeit)

Angaben zur Person

Titel, Vor- und Zuname

Telefonnummer (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Mailadresse (wird zur weiteren Korrespondenz genutzt)

Fachgebiet ☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere (hausärztliche Tätigkeit)