

## Beitrittserklärung zum Weiterbildungsverbund 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<sup>plus</sup>**  ist am \_\_\_\_\_ erfolgt.  
 ist noch ausstehend.

### Angaben zur Praxis

---

Name der Praxis

---

Anschrift der Praxis

---

Mailadresse

Alternativ Praxisstempel

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

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

Sofern noch nicht geschehen, werde ich der KWBW Verbundweiterbildung<sup>plus</sup> umgehend beitreten und die unterzeichnete Kooperationsvereinbarung nachreichen, damit der Beitritt zum Weiterbildungsverbund abgeschlossen werden kann.

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

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

---

Datum, Unterschrift

\* Bitte geben Sie die weiteren Ärzte der gemeinsamen Weiterbildungsbefugnis auf der Rückseite an.

## 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)