



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines Vertreters für eine nachzubesetzende Arztstelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer:

Vertretung vom:

					2	0			
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

(TTMMJJJJ)

bis:

					2	0			
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

(TTMMJJJJ)

wegen: Beendigung Anstellungsverhältnis
(z.B. Kündigung, Tod)

Freistellung

Die Vertretung erfolgt für:

Titel, Name(n), Vorname(n):

Gebietsbezeichnung(en):

LANR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Vertretung erfolgt durch:

Titel, Name(n), Vorname(n):

Gebietsbezeichnung(en):

Wohnanschrift:

Anmerkung:

Ich versichere, mich davon überzeugt zu haben, dass der vertretende Arzt die entsprechenden Weiterbildungs- bzw. Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte ist über die Beendigung/Reduzierung des Anstellungsverhältnisses umgehend zusätzlich zu informieren.

Beizufügen sind:

- Kopie Arztregisterauszug oder
- Kopie Approbationsurkunde und Kopie Facharztanerkennung

Datum:

Unterschrift des Ärztlichen Leiters/Antragstellers

Stempel

--