

Mentoren-Profil



Titel, Vorname, Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Web:

Ich bin tätig in:

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Praxisgemeinschaft
- einer amb. Einrichtung (MVZ/311er)

**Qualifikationen und
Zusatzbezeichnungen:**

Fachärztin/Facharzt für:

Zusatzbezeichnungen:

**Funktionsuntersuchungen
und spezielle Angebote:**

-
-
-
-
-

Bitte kontaktieren Sie mich:

- telefonisch
- per E-Mail



KVRegioMed
LEHRPRAXIS



KVBB
Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die von mir in das Formular eingetragenen Daten im Mentoren-Profil (Name, Kontaktdaten, Kooperationsform, Facharztbezeichnung, Qualifikationen und Zusatzbezeichnungen, spezielle Daten und Foto) zum Zwecke der Durchführung des Programmes KV RegioMed Lehrpraxis verarbeitet und genutzt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg darf die Daten in diesem Zusammenhang auf ihrer Internetseite veröffentlichen und gegebenenfalls an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weiterleiten.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und dass die von mir zum Zwecke der Durchführung des Programmes KV RegioMed Lehrpraxis erhobenen und gespeicherten Daten im Falle des Widerrufs gelöscht werden. Die Löschung erfolgt auch von den Internetseiten der KVBB.

Ort, Datum

Name (bitte leserlich schreiben)

Unterschrift (Praxisstempel)