

Anmeldung

für die Teilnahme an der Patenschaft



WIR ZAHNÄRZTINNEN
UND ZAHNÄRZTE
in Westfalen-Lippe

Kontaktdaten

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

PLZ, Ort _____

Tel.-Nr. _____

Handy _____

E-Mail _____



Ein Angebot der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Westfalen-Lippe

Auf der Horst 25 • 48147 Münster
www.zahnaerzte-wl.de

Plandaten

Praxisübernahme

Praxiseinstieg

Praxisneugründung

vorauss. Zulassung ab _____

Fachgebiet _____

geplante Praxisform _____

gepl. Niederlassungsort _____

Option

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Patenschaft
praxisorientiert

Patenschaft
praxisstart

Datenschutzhinweis

Die Teilnahme an der Patenschaft ist freiwillig. Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner angegebenen Daten zur Durchführung der Patenschaft ein. Desweiteren willige ich in die Verarbeitung meiner bei der KZV Westfalen-Lippe vorhandenen Abrechnungsdaten zum Zwecke der Analyse meiner Praxis ein.

Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen jederzeit formlos an:

Patenschaften-KZVWL@zahnaerzte-wl.de

Anmerkung

Ort, Datum _____

Unterschrift _____