

Anmeldung

für die Teilnahme an der Patenschaft



WIR ZAHNÄRZTINNEN
UND ZAHNÄRZTE
in Westfalen-Lippe

www.praxisorientiert.de

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 ☐

Anmerkung

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 jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen an:
Patenschaften-KZVWL@zahnaerzte-wl.de

Ort, Datum

Unterschrift