

# Anmeldung

für die Teilnahme an der Patenschaft



**Wir  
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:

britta.vonderbrueggen@zahnaerzte-wl,  
andrea.goecke@zahnaerzte-wl.de oder  
nissrin.baradie@zahnaerzte-wl.de

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_