

Vertragsarztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
 Abteilung Sicherstellung
 Postfach 2019
 99401 Weimar

Fax: 03643/559791

Meldung zusätzlicher Sprechstunden im Rahmen der Genehmigung einer Filiale

Name, Vorname

Fachgebiet:

Anzeige von Sprechstunden ab:

in der Filiale* oder Hauptpraxis*

Anschrift:

Straße, Hausnummer

.....
 Ortsteil, PLZ, Ort

Sprechstunden:

Wochentag	vormittags		nachmittags		nach Vereinbarung	
	von	bis	von	bis	von	bis
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift Vertragsarzt

.....
 bei MVZ - Ärztlicher Leiter

*) Zutreffendes bitte ankreuzen