

Einverständniserklärung zur Führung eines Punktekontos

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

Mitgliedsnummer:

Führung eines Punktekontos

- Mit der Eröffnung und Führung eines Punktekontos bin ich einverstanden.
- Mit der Eröffnung und Führung eines Punktekontos bin ich nicht einverstanden.

Weitergabe der Punktzahl an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

- nur für Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren

- Mit der Weitergabe der Punktzahl an die KVT bin ich einverstanden.
- Mit der Weitergabe der Punktzahl an die KVT bin ich nicht einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte Rücksendung an:

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
der Landesärztekammer Thüringen
Frau Kuckling
Postfach 100 740
07707 Jena