

Einverständniserklärung

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV Nordrhein bzw. beim Zulassungsausschuss für Ärzte Nordrhein vorliegenden Facharzneinachweise und Zulassungsunterlagen durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Nachweis der nach der ASV-Richtlinie geforderten Erfüllung sämtlicher personeller Voraussetzungen bin ich einverstanden.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter/-innen der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses meine bereits in anderen Anzeigeverfahren eingereichten Facharzneinachweise und Zulassungsunterlagen zu diesem Zweck einsehen dürfen.

Krankheitsbild und Teamleitung : (zwingend erforderlich)		
Ort, Datum	Name, Vorname (ggf. MVZ und/oder Krankenhaus)	Unterschrift