



Registrierung als Vertreter für niedergelassene Vertragsärzte bei der KVWL

Name: _____

PLZ/Ort: _____

Strasse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Fachgruppe: _____

Schwerpunkt/
Zusatzbezeichnung: _____

Eingetragen im
Arztregister der KVWL: ja nein

(Sollten Sie **nicht** im Arztregister der KVWL eingetragen sein, fügen Sie bitte eine beglaubigte Fotokopie Ihrer Approbation und Facharzturkunde bei).

Umkreis der Vertretung: ganz Westfalen Lippe Umkreis von ____ km vom Wohnort

Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift