



Bitte per Post / Mail oder Fax 0351-833 84 990 zurück an:

Sächsischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.
Königsbrücker Straße 49
01099 Dresden

TEL
+49(351) 83384 168

FAX
+49(351) 83384 990

MAIL
gs@hausarztsachsen.de

www.hausarztsachsen.de

Betreff: Gemeinsam stark für Sachsens Hausärzteschaft – Ihre Stimme zählt!

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Verhandlung, Abschluss und Umsetzung von Verträgen zur „Hausarztzentrierten Versorgung“ gemäß § 73b IV SGB V mandatiere ich ausschließlich den

Sächsischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. in Dresden

Mir ist nicht bewusst, gegenüber einer anderen Gemeinschaft oder ähnlichen Organisation eine gleichartige / gleichlautende Erklärung abgegeben zu haben; jedenfalls soll diese Erklärung Vorrang haben.*

Meine Stammdaten:

Vorname, Nachname

**Praxisstempel – Bitte unbedingt
Praxisanschrift sowie LANR angeben**

Unterschrift Arzt/Ärztin

Ort, Datum

*Ich willige in die Verarbeitung und Weitergabe meiner Stammdaten durch den Sächsischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. sowie durch die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG für die Zwecke dieser Mandatierung ein.