



Praxisvertretungen – für den vertretungswilligen Arzt

Bitte an die **unten genannte
Anschrift** zurücksenden
oder per Fax: 0385.7431453

Antragsteller

Name

Anschrift

Telefonnummer

Fachgebiet

(FA-Anerkennung oder Arztregisterauszug Ihrer KV ist diesem Antrag beizufügen)

Teilgebietsanerkennungen/
Subspezialisierungen

Besondere Kenntnisse

Vertretungsbereich *(bitte ankreuzen - auch mehrfach möglich)*

Mecklenburg-Vorpommern gesamt

nur am Wohnort

im Umkreis von 10 km

andere Bereiche

20 km

30 km

50 km

Hier haben Sie die Möglichkeit für besondere Mitteilungen:

.....
.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers