

Arztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

FAX-Nr.: 03643 559-791

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs-vertraege@kvt ein.

Teilnahmeerklärung

Ich nehme an der Vereinbarung zur Umsetzung von § 7 der Frühförderungsverordnung teil.

.....
Titel, Vorname, Name

.....
LANR

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Arzt /angestellter Arzt

.....
Unterschrift anstellender Arzt / Leiter des MVZ