



Arztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
ServiceStelle  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar  
FAX-Nr.: 03643/559750

### 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