



Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID	LANR	BSNR
_____	_____	_____
Titel	Nachname	Vorname
_____	_____	_____

Hiermit bestätige ich...

... das Vorliegen der Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“

durch mich Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

durch die VERAH Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Vorname

Nachname

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ
(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Stempel der Arztpraxis