



Individuelle 30-minütige kostenlose Coaching-Sprechstunde

Bitte füllen Sie alle Felder aus:

Name, Vorname: _____

Ihr Landesverband: _____

Praxisanschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____



Gewünschte Uhrzeit:

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 10-10:30 Uhr | <input type="radio"/> 10:30-11 Uhr | <input type="radio"/> 11-11:30 Uhr | <input type="radio"/> 11:30-12 Uhr |
| <input type="radio"/> 12-12:30 Uhr | <input type="radio"/> 12:30-13 Uhr | <input type="radio"/> 15-15:30 Uhr | <input type="radio"/> 15:30-16 Uhr |
| <input type="radio"/> 16-16:30 Uhr | <input type="radio"/> 16:30-17 Uhr | <input type="radio"/> 17-17:30 Uhr | <input type="radio"/> 17:30-18 Uhr |

Stichpunkte zu Ihrem Anliegen (optional):

- Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH meine angegebenen Daten zur Überprüfung meiner Mitgliedschaft im Hausärztinnen- und Hausärzteverband nutzt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die GVP mir unter Nutzung der hiermit überlassenen E-Mail-Adresse weitere interessante Informationen zusendet. Ich kann dieser Nutzung und Zusendung ohne Angabe von Gründen und jederzeit per E-Mail an gvp@haev.de widersprechen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail oder per Fax an:



gvp@haev.de



02203 977 88-21