



## 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):

---

---

Mit dem Absenden des Dokumentes erkläre ich mich 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](mailto:gvp@haev.de) widersprechen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

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



[gvp@haev.de](mailto:gvp@haev.de)



02203 977 88-21