



20-minütige juristische Erstberatung

Bitte füllen Sie alle Felder aus:

Name, Vorname: _____

Ihr Landesverband: _____

Praxisanschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Anliegen der Erstberatung – Worum geht es?

- | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Anstellung/Arbeitsvertrag | <input type="radio"/> Weiterbildung |
| <input type="radio"/> Zulassung/Niederlassung | <input type="radio"/> Fortbildung |
| <input type="radio"/> Gründung/Beteiligung an MVZ | <input type="radio"/> Honorar, Regress, Prüfverfahren |
| <input type="radio"/> Gründung/Beteiligung einer BAG | <input type="radio"/> Haftung/Behandlungsfehler |
| <input type="radio"/> Praxiskauf/Praxisverkauf | <input type="radio"/> Kammerangelegenheiten/ |
| <input type="radio"/> Praxis-Mietvertrag | <input type="radio"/> Berufsrecht |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | |

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 Hausärzterverband nutzt. Die GVP leitet im Anschluss meine Kontaktanfrage und die zur Vertragserfüllung erforderlichen Daten an die Rechtsanwaltskanzlei Dr. Halbe weiter. Darüber hinaus erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte.

- 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: _____

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



gvp@haev.de



02203 977 88-21