



## Antrag für eine 20-minütige juristische Erstberatung

Nachname:

Vorname:

Mitglied des Landesverbandes:

Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort):

\*E-Mail:

Telefon:

### Anliegen der Erstberatung – Worum geht es?

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

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im Deutschen Hausärzteverband meine angegebenen Daten zur Überprüfung meiner Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzteverband nutzt. Die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH leitet im Anschluss meinen Antrag zur Erstberatung 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 Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im Deutschen Hausärzteverband 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:

Unterschrift:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular  
per E-Mail an [gvp@hausarztverband.de](mailto:gvp@hausarztverband.de) oder per Fax an 02203 977 88-21.