



PraxisKompass – Klarheit in Praxis- und Selbstführung

30 Minuten kostenlos

Bitte füllen Sie alle Felder aus:

Name, Vorname: _____

Ihr Landesverband: _____

Praxisanschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____



Gewünschter Wochentag:

☐

Montag

☐

Dienstag

☐

Mittwoch

☐

Donnerstag



Gewünschte Uhrzeit:

☐

10-10:30 Uhr

☐

10:30-11 Uhr

☐

11-11:30 Uhr

☐

11:30-12 Uhr

☐

12-12:30 Uhr

☐

12:30-13 Uhr

☐

15-15:30 Uhr

☐

15:30-16 Uhr

☐

16-16:30 Uhr

☐

16:30-17 Uhr

☐

17-17:30 Uhr

☐

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 weitere interessante Informationen zusendet. Ich kann dieser 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