

Meldung freier Einzeltherapieplätze

Monat: _____
Name, Vorname: _____
MEDI ID: _____
E-Mail-Adresse: _____
 (freiwillige Angabe)

Praxisstempel

- Ich behandle auch Kinder und Jugendliche
- Ich behandle ausschließlich Kinder und Jugendliche
- Ich behandle ausschließlich Erwachsene
- Ich stimme der Weiterverarbeitung und Veröffentlichung der hier angegebenen Daten (Name, Adresse, freie Kapazitäten und ggf. E-Mail-Adresse) durch die MEDIVERBUND AG zu. Kapazitätsänderungen werde ich der MEDIVERBUND AG umgehend schriftlich mitteilen.

• **Unterschrift:** _____

Datum:	Umfang freier Kapazitäten:
<u>Beispiel:</u> Woche: 07.01. – 11.01.2019	Vormittags: ca. 2 Stunden Nachmittags: ca. 3 Stunden
Woche:	Vormittags: Nachmittags:
Woche:	Vormittags: Nachmittags:
Woche:	Vormittags: Nachmittags:
Woche:	Vormittags: Nachmittags:

Zu Faxen an die Nummer: **(07 11) 80 60 79-533**

