



## Antrag auf Eintragung in die Warteliste

Ich beantrage die Aufnahme in die Warteliste in

Bremen-Stadt

Bremerhaven-Stadt

für die Bedarfsplanungsgruppe

Hausärzte ( FA für Allgemeinmedizin  FA für Innere Medizin)

Fachärztlich tätige Internisten

Fachärzte für \_\_\_\_\_

Ich bin im Arztregister Bremen eingetragen.

Ich bin im Arztregister in \_\_\_\_\_ eingetragen und habe einen Auszug aus dem Arztregister beigelegt.

**Mit der Weitergabe meiner Adresse und Telefonnummer an abgabewillige Ärzte erkläre ich mich einverstanden.**

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### Angaben zum/zur Antragsteller/-in:

\_\_\_\_\_  
Titel/ Vorname/ Name

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon