

Mitglieds-Nr. _____

Name: _____ Tel: _____

Anschrift: _____ Fax: _____

_____ e-mail _____

BDA
Referat für Versicherungsfragen
Roritzerstr. 27/IV
90419 Nürnberg

per FAX:
0911/3938195

BDA-Haftpflichtversicherung für Praxisvertreter

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass ich vom _____ bis _____ als vorübergehender Vertreter eines niedergelassenen / ermächtigten Arztes in freier Praxis (z.B. Urlaub, Erkrankung, ärztliche Fortbildungskurse) tätig werde. Ich werde die Praxisvertretung von:

Name _____

Anschrift _____

Fachrichtung _____

übernehmen.

Die gesamten von mir im Laufe des Kalenderjahres durchgeführten Praxisvertretungen betragen _____ Wochen.

Ich bin Mitglied des BDA seit _____ und bitte um Bestätigung des subsidiären Versicherungsschutzes über die BDA-Praxisvertreterhaftpflichtversicherung.

_____ Datum

_____ Unterschrift