

Mitglieds-Nr.:			
Name:		Geburtsdatum:	
Anschrift:		Tel.:	
E-Mail:		Fax:	

Funk Hospital-Vers.makler GmbH
 Funk Ärzte Service
 Postfach 30 17 60
 20306 Hamburg

Per E-Mail:
 faes@funk-gruppe.de

BDA-Haftpflichtversicherung für Praxisvertretungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass ich

am _____ (Bitte Termine angeben)

vom _____ bis: _____

als vorübergehende*r Vertreter*in eines/einer **niedergelassenen/ermächtigten** Arztes/Ärztin in freier Praxis

ambulant ambulant und stationär Fachrichtung _____

tätig werde. Der/die niedergelassene/ermächtigte Arzt/Ärztin ist wegen Urlaub, Krankheit oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung abwesend. Ich bin nur gelegentlich als Praxisvertreter*in tätig.

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

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

Damit eine weitere Bearbeitung/Deckungsbestätigung möglich ist, bin ich mit der Übermittlung dieser Daten/ Informationen an den Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) einverstanden.

 Datum

 Unterschrift