

Mitglieds-Nr.: _____

Name: _____

Tel.: _____

Anschrift: _____

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 Kalenderjahres 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