



MITGLIEDSNUMMER _____ GEBURTSTAG _____ NACHNAME _____

BEITRITT ZUM*:

*Pflichtzeile. Diese Felder müssen ausgefüllt werden.

Beschäftigungsbeginn* _____

Dienststelle* _____

Straße*/Hausnummer* _____

PLZ*/Ort* _____

BERUFSHAFTPFLICHT

☐ Hiermit bestätige ich, dass gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 2 HeilBG eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.

Ort/Datum

eigenhändige Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen zeitnah mitzuteilen habe.

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort/Datum