

Der/Die Unterfertigte - Il/La sottoscritto/a

geboren am – nato/a il

wohnhaft in – residente a

Straße – via

Nr. - n.

E-Mail - indirizzo di posta elettronica

Tel. Nr. - n. tel.

BEANTRAGT DIE EINTRAGUNG CHIEDE L'ISCRIZIONE

WIDERRUFT DICHIARA DI REVOCARE

- für sich per sé
- für sich und die unten angeführten minderjährigen Familienangehörigen per sé e per i propri familiari minorenni sottoelencati
- für die unten angeführten minderjährigen Familienangehörigen per i propri familiari minorenni sottoelencati

- für sich per sé
- für sich und die unten angeführten minderjährigen Familienangehörigen per sé e per i propri familiari minorenni sottoelencati
- für die unten angeführten minderjährigen Familienangehörigen per i propri familiari minorenni sottoelencati

	Familiennamen u. Vorname der minderjährigen Familienangehörigen cognome e nome dei familiari minorenni	Geburtsdatum Data di nascita
1		
2		
3		
4		
5		

Name des Arztes/der Ärztin - nome del medico

Ausfertigungsdatum
Data di compilazione

Sprengel
Distretto

Der/Die Beamte/in
L'impiegato/a

Der/Die Unterfertigte erklärt Einsicht in die Datenschutzinformationen bezüglich der Wahl und des Widerrufs der Ärztin/des Arztes für Allgemeinmedizin und des Kinderarztes/der Kinderärztin freier Wahl genommen zu haben.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy relativa alla scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta.

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters - Firma dell'assistito o del legale rappresentante

Das vorliegende Ansuchen kann auch mittels Post, per E-Mail oder von einem Dritten zusammen mit einer Fotokopie einer gültigen Identitätskarte des/der Antragstellers/-in eingereicht werden.

La presente domanda può essere presentata anche per posta, per e-mail o tramite terzi assieme ad una fotocopia di un documento d'identità valido del/della richiedente.