

Rückantwort:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Oberpfalz - Beschwerdemanagement
Postfach 10 06 32
93006 Regensburg

Beschwerde vom

1. Ich bin mit der Weitergabe meiner Beschwerde voman einverstanden.
2. Gleichzeitig befreie ich von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für eine sachgerechte Stellungnahme auf meine Beschwerde erforderlich ist.
3. Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Name/Vorname
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift