Anmeldung Vertretungsarzt / Vertretungsärztin

bei der *Ärztlicher Notdienst Kreis Viersen Vertreter-Verwaltung UG* (haftungsbeschränkt) (NKVVV)

Name _____ Vorname _____

PLZ, Ort _____ Straße, Nummer _____

Telefonnummer fest _____ Telefonnummer mobil _____

E-Mail _____ @ _____

IBAN _____ BIC _____

Alles bitte sehr leserlich ausfüllen. Diese Daten sind Grundlage der Abrechnung!

Ich möchte Dienste in der Notdienstpraxis Kreis Viersen verrichten. Ich stehe im Vertreterverzeichnis 2023 der KV-Kreisstelle Viersen bzw. habe mich um Aufnahme beworben oder ich bin aus anderem Grunde berechtigt, am Notdienst teilzunehmen (niedergelassen, angestellt in Praxis etc. oder ähnliches). Bei Vorschlag eines Dienstes durch die *Ärztlicher Notdienst Kreis Viersen Vertreter-Verwaltung UG (haftungsbeschränkt)* (NKVVV) kann ich diesen annehmen, bin aber nicht dazu verpflichtet. Wenn ich den Dienst annehme kommt ein Vertretungsverhältnis mit demjenigen Arzt/Ärztin zustande, der/die eigentlich von der KV zum Notdienst eingeteilt wurde.

Ich gestatte der KV-Kreisstelle Viersen und der NKVVV, für die Organisation des Notdienstes notwendigen Daten auszutauschen und die nötigen gegenseitigen Erklärungen abzugeben.

Die ortsüblichen Notdiensthonorare sind mir bekannt und werden der Abrechnung zugrunde gelegt. Die *NKVVV* erstellt meine Rechnung, die für die Abrechnung erforderlich ist. Kosten entstehen mir weder für die Suche/Vermittlung eines geeigneten Dienstes noch für die Niederschrift von Rechnungsdaten.

_____ _____

Ort, Datum ggf. Stempel Unterschrift

Ortsübliches Honorar

Dienststunden zwischen 07 Uhr und 23 Uhr	50,00 Euro
Dienststunden zwischen 23 Uhr und 07 Uhr	55,00 Euro
Zuschläge für Feiertage wie bisher:	
Heiligabend, Sylvester, Neujahr	100 %
alle anderen gesetzlichen Feiertage NRW einschl. Oster-/Pfingstsamstag/-Sonntag und Rosenmontag	50%

Rücksendung an Ärztlicher Notdienst Kreise Viersen Vertreter-Verwaltung UG (haftungsbeschränkt):

Fax: 02161 / 820 718 **E-Mail: info@nkvvv.de**

Version: 23.12.2022