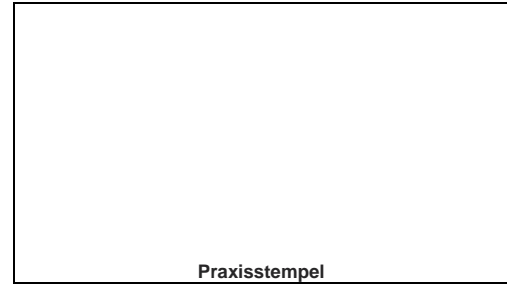


**Erklärung über die  
Tätigkeit in einer Praxisgemeinschaft**



Auf dem nachfolgenden Formular ist die etwaige Tätigkeit in einer Praxisgemeinschaft anzuzeigen.  
Bei Fragen können Sie sich gerne an Herrn Thomas Heinz (0651 4603127) wenden.

Die schriftliche Rückantwort kann erfolgen:

- Fax an 0651 4603-111
- Email an Natascha.Thomm-Schemel@kv-rlp.de
- oder per Post an KV RLP  
Regionalzentrum Trier  
Balduinstr. 10 - 14  
54290 Trier

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass ich/wir

Name(n)/Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Lebenslange Arzt-Nummer(n) \_\_\_\_\_  
Betriebsstätten-Nummer \_\_\_\_\_  
Nebenbetriebsstätten-Nummer \_\_\_\_\_

seit dem \_\_\_\_\_ in einer Praxisgemeinschaft mit

Name(n)/Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Lebenslange Arzt-Nummer(n) \_\_\_\_\_  
tätig sind.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift(en)

**Hinweis:**

Dieses Formular betrifft nicht Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren.

Als Praxisgemeinschaft zu verstehen ist der Zusammenschluss von zwei oder mehreren Ärzten zur Ausübung der Tätigkeit in gemeinsamen Praxisräumen. Die jeweiligen Ärzte reichen unabhängig voneinander ihre Quartalsabrechnung bei der KV RLP ein.