

Einsendung per Post (z.B. Fensterumschlag) oder eingescannt per Mail an

kv-vollmacht@gmx.de

An den
Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V.
z.Hd. des Vorstands
Akazienallee 28
40764 Langenfeld

Vollmacht zur Beantragung von Notdienstvertretungen bei der KV No

Hiermit bevollmächtige(n) ich/wir,

Arzt / BAG / MVZ (Stempel)

, den Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V., Vertretungsanträge gem. § 2 der gemeinsamen Notdienstordnung (NDO) bei der Kreisstelle Mettmann der KV NO zu stellen und die in diesem Zusammenhang zu erteilenden Bewilligungsbescheide/Ablehnungen zu empfangen. Letzteres gilt auch für von mir/uns veranlasste Dienstübernahmen oder Diensttausche.

Mir ist bekannt, dass die in diesem Zusammenhang erlassenen Verwaltungsakte der KV No nach einer Bekanntgabe gegenüber dem Verein für und gegen mich wirksam werden und dass ich die Vollmacht jederzeit widerrufen kann, mit der Folge, dass ich dann ggfs. Vertretungsanträge gem. § 2 NDO persönlich an die KV NO zu richten habe.

Ort Datum

Unterschrift(en) des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeber