

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 KVNO

Hiermit bevollmächtige(n) ich/wir, den Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V., Vertretungsanträge gem. § 2 der gemeinsamen Notdienstordnung (NDO) bei der Kreisstelle Mettmann bzw. Solingen 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 Dienstaustausche.

Mir/uns ist bekannt, dass die in diesem Zusammenhang erlassenen Verwaltungsakte der KVNO 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

Stempel und Unterschrift(en) des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeber

Vertretungswünsche (an den Verein):

Ich / wir wünschen die regelmäßige Vermittlung von Vertretern für (Zutreffendes ankreuzen)

() alle Sitzdienste in der Notdienstpraxis

() nur an folgenden Tagen: () Sa, So, Feiertag, () Mi und Fr, () Mo, Di, Do.