

Tilmeldingsskema til yderregistret

Ydernr. (tildeles af regionen): _____

<u>Speciale:</u> <u>Personnummer:</u> <u>CVR.nr.:</u>		Navn (praksisbetegnelse) *		Region: _____ Konsultationstelefon: _____ Tidsrum for telefonisk tidsbestilling : _____ * E-mail adresse: _____		
Konsultationsadresse * Praksis ønskes påbegyndt den:			Postnr.	Bynavn		
Personnummer	Fulde navn	Privatadresse	Post nr.	By		
-	*				Regionsnr.: (tildeles af regionen.) * Privat telefonnummer:	
-	*				Regionsnr.: (tildeles af regionen.) * Privat telefonnummer:	

Den _____

 Forpligtende underskrift

*Minimum 2 timer pr. konsultationsdag. Speciallægen skal selv lægge en række informationer ind på sundhed.dk, jf. overenskomstens § 39. Praksisdeklarationer

