



FAX-Registrierung für Lesestart 1-2-3 / Programmpartner Kinder- und Jugendärzte
 Fax-Rückantwort an: 06131-230333

Felder mit einem * sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden

Schlüsselnummern

LANR (Lebenslange Arzt-Nr.)

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

U6-Angabe *

Wie viele U6-Vorsorgen pro Quartal führen Sie im Durchschnitt durch?: _____
 (Es sind nur Zahlen zulässig und Ihre Eingabe muss zwischen 0 und 999 liegen.)

Praxisform *

- Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis)
 Praxisgemeinschaft Klinik / MVZ / Gesundheitsamt

Mitgliedschaft im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) *

- Ja, ich bin Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj)
 Nein, ich bin kein Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj)

Leseförderprojekte

Ich nehme bereits an folgendem Leseförderprojekt teil:

- Buchstart Hamburg Lesestart Niedersachsen

Praxis-/Dienstanschrift sowie Kontaktdaten

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

- Hauptpraxis Zweigpraxis

 Name der Praxis*

 Name der Praxis Zusatz 1

 Name der Praxis Zusatz 2

Herr Frau akademischer Grad: _____

 Vorname*

 Nachname*

Stand: 08.11.2019

 Straße* _____
 Hausnummer*

 PLZ* _____
 Ort*

 Telefon (mit Vorwahl) _____
 Telefax (mit Vorwahl)

 Homepage _____
 E-Mail

Ärzte-Newsletter

- Ich stimme zu, dass mir der **Lesestart-Ärzte-Newsletter** sowie weitere Informationen zum Programm "Lesestart 1-2-3" bis auf Widerruf per E-Mail zugesendet werden.

Freigaben

- Ich bin damit einverstanden, dass meine **Praxisdaten (Vorname, Name und Anschrift der Praxis)** im Rahmen meiner Teilnahme am Programm "Lesestart 1-2-3" im Bereich "**Arztpraxis-Finder**" auf der **Internetseite www.lesestart.de** veröffentlicht werden und für Dritte einsehbar sind.

Folgende zusätzliche Daten dürfen veröffentlicht werden:

- Telefon Telefax Mail Homepage

Wissenschaftliche Begleitforschung

- Ich bin einverstanden, dass meine Praxisdaten (Name und Anschrift der Praxis, E-Mail-Adresse), entsprechend den deutschen Datenschutzbestimmungen, bei Bedarf zum Zwecke der **wissenschaftlichen Begleitforschung** des Programmes der INTERVAL GmbH zur Verfügung gestellt werden.

Datenschutz

WICHTIG!

- Voraussetzung zur Teilnahme:** Ja, ich habe die Informationen zum **Datenschutz** zur Kenntnis genommen.*
 (Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung finden Sie unter:
<https://www.lesestart.de/datenschutz>)

- Hiermit willige ich ein, dass meine Daten zur **Information über andere Projekte der Stiftung Lesen**, entsprechend den deutschen Datenschutzbestimmungen, elektronisch gespeichert und zum Zwecke der Versandabwicklung an die **Logistikpartner der Stiftung Lesen** weitergegeben werden. Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung finden Sie unter www.stiftunglesen.de/datenschutz.

- Hiermit willige ich ein, dass meine Daten zur **Information über andere Projekte der Stiftung Lesen**, entsprechend den deutschen Datenschutzbestimmungen, elektronisch gespeichert und zum Zwecke der Versandabwicklung an die **Kooperationspartner der Stiftung Lesen** weitergegeben werden. Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung finden Sie unter www.stiftunglesen.de/datenschutz.

 Ort, Datum

 Unterschrift, Praxis-Stempel