



**Registrierung für das 2. Programmjahr 2020/21 (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.)

**U7-Angabe \***

Wie viele **U7-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: 06/2020

\_\_\_\_\_  
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](http://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](http://www.stiftunglesen.de/datenschutz).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Praxis-Stempel