Per Post oder Fax an: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union GmbH
Karl-Wiechert-Allee 18-22, 30625 Hannover, Fax 0511/380-2281

Hannoversche
Ärzte-Verlags-Union GmbH
Karl-Wiechert-Allee 18-22,
30625 Hannover

Verzichtserklärung **niedersächsisches ärzteblatt**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Anrede, Titel

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Ich bin

❑ Mitglied der Ärztekammer Niedersachsen Mitgliedsnummer:

❑ Psychologische/r Psychotherapeut/in

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf die Übersendung des niedersächsischen ärzteblatts (nä) in gedruckter Form.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mich weiterhin über die Mitteilungen der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) informieren werde. Diese finde ich auf den Internetauftritten der Körperschaften www.aekn.de bzw. www.kvn.de. Die jeweilige digitale Ausgabe des nä finde ich ebenfalls dort und auf der Internetseite der Hannoverschen Ärzte-Verlags-Union www.haeverlag.de.

Ort, Datum Unterschrift

Es kann durch Bearbeitungsabläufe vorkommen, dass die Abbestellung nicht zur direkt folgenden Ausgabe des nä wirksam wird.

Stand: 01.05.2021