



**Interessenformular**

**per E-Mail an [gvp@hausaezterverband.de](mailto:gvp@hausaezterverband.de) oder per Fax an: 02203 977 88-21**

**Angebot: Sonderkonditionen Cyber-Versicherung**

für Hausärzte, die Mitglied in einem Landesverband des Deutschen Hausärzterverbandes sind

Ja, ich interessiere mich für die Sonderkonditionen zur Cyber-Versicherung für Hausärzte und bitte um Kontaktaufnahme.

Haben Sie schon eine Cyber-Versicherung für Ihren Praxisbetrieb?

Ja                       Nein

Wenn Versicherungsschutz bereits vorhanden ist, bei welchem Versicherungsunternehmen?

\_\_\_\_\_

Anzahl Mitarbeiter: \_\_\_\_\_ Jahreshonorarumsatz: € \_\_\_\_\_

Telefonisch am besten zu erreichen am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E- Mail\*: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im Deutschen Hausärzterverband, die PP Business Protection GmbH und die Hiscox SA meine oben genannten Daten ausschließlich zur Bearbeitung meines Kontaktaufnahme-/ Beratungs- bzw. Bestellwunsches speichern und nutzen. Ich stimme zu, dass meine angegebenen Daten von der GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH für einen internen Datenabgleich zur Überprüfung meiner Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzterverband genutzt werden dürfen. Eine Übermittlung meiner Daten an Außenstehende erfolgt nicht.

\*Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH mir unter Nutzung der hiermit überlassenen E-Mail-Adresse weitere interessante Informationen zusendet. Ich kann dieser Nutzung und Zusendung ohne Angabe von Gründen und jederzeit per E-Mail an [gvp@hausaezterverband.de](mailto:gvp@hausaezterverband.de) widersprechen.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_