Registrierung für Lesestart 1 / Programmjahr 2023/24
(Teilnehmende: Kinder- und Jugendarztpraxen)

Fax-Rückantwort an: 06131 28890-49

Felder mit einem * sind Pflichfelder 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 e. V. (BVKJ) *

❍ **Ja,** ich bin Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
❍ **Nein,** ich bin **kein** Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (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

❍ Frau
❍ Herr
akademischer Grad: _____

Vorname*

Nachname*

Straße*

Hausnummer*

PLZ*

Ort*

/
Telefon (mit Vorwahl)

/
Telefax (mit Vorwahl)

Homepage

E-Mail

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 **"Lesestart-Finder"** auf der **Internetseite www.lesestart.de** veröffentlicht werden und für Dritte einsehbar sind.

Folgende zusätzliche Daten dürfen veröffentlicht werden:
❍ Telefon ❍ Telefax ❍ E-Mail ❍ Homepage

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*innen 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*innen der Stiftung Lesen** weitergegeben werden. Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung finden Sie unter www.stiftunglesen.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift, Praxis-Stempel

Stand: Juli 2023