

**Rücksendebogen**

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie  
Abteilung 65 Sozialversicherungen

Mailadresse: Sekretariat\_65@msagd.rlp.de

Fax: 06131 / 16 53 36

Postanschrift: Bauhofstraße 9, 55116 Mainz

**Absenderangaben (bitte in Druckbuchstaben)**

Titel, Name, Vorname: .....	
Geburtsjahr: .....	
Fachärztin/Facharzt für .....	
tätig in	<input type="radio"/> niedergelassener Praxis
	<input type="radio"/> Krankenhaus
	<input type="radio"/> .....
	<input type="radio"/> nicht mehr berufstätig seit .....
Wohnort:	Straße, Hausnummer: .....
	PLZ, Ort .....
Tätigkeitsort:	PLZ, Ort .....
Telefon:	..... / .....
e-mail:	..... @ .....

Ich bin bereit und interessiert, mich in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen zu engagieren in einem Umkreis von ..... km um meinen Wohn- / Tätigkeitsort (bitte auswählen) und in einem zeitlichen Umfang von ..... Wochenstunden bei

- |                                                                            |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Erstuntersuchungen (in einem Gesundheitsamt),        | <input type="radio"/> ehrenamtlich,           |
| <input type="radio"/> Impfprogrammen (in den Einrichtungen),               | <input type="radio"/> gegen Kostenerstattung, |
| <input type="radio"/> hausärztlichen Sprechstunden (in den Einrichtungen), | <input type="radio"/> gegen Honorar.          |

Ich bin einverstanden, dass das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie meine Angaben im Bedarfsfall weiterleitet an die für den Einsatz zuständige Kommunal- oder Landesbehörde und dass ich kontaktiert werde zur Klärung des weiteren Vorgehens.

....., den ..... 2015

.....  
(Unterschrift)