Praxisnetz (Name) _____

	Name	Telefon	eMail	Anschrift
Geschäftsführer				
Ärztlicher Leiter				
Ansprechpartner für KV				
Geschäftsstelle				

Teilnehmende Praxen

BSNR	LANR	Name	Vorname	Anschrift	PLZ	Ort	Fachgruppe	Mitglied seit	Funktion	KV-SafeNet