



Registrierung für Lesestart 2 / Programmjahr 2024/25

(Teilnehmende: Kinder- und Jugendarztpraxen)

Fax-Rückantwort an: 06131 28890-49

Felder mit einem * sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden

Schlüsselnummern

LANR (Lebenslange Arzt-Nr.)

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

U7-Angabe *

Wie viele **U7-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 Jugendärzt*innen e. V. (BVKJ) *

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