

Registrierung im KKRBB niedergelassene Ärzte – MVZ und Gemeinschaftspraxen

Angaben zur Praxis

Name der Praxis:

PLZ:

Ort:

Straße / Hausnummer:

BSNR:

(Haupt-) **Fachrichtung der Praxis** (gemäß Zulassung):

Art der Praxis:

MVZ/Gemeinschaftspraxis – die Meldung erfolgt für alle Ärzte der Gemeinschaftspraxis
Sind Sie auch als Belegarzt tätig?
Privatniederlassung

Angaben zum verantwortlichen Melder der Praxis (Ärztlicher Leiter)

Titel:

Vorname:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

LANR:

Praxisverwaltungssystem:

Angaben zur Bankverbindung für die Zahlung der Meldevergütung

Kontoinhaber:

IBAN: DE

Ich stimme der dauerhaften Speicherung der Kontodaten zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter <https://kkrbb.de/datenschutzerklaerung/>
Ohne Einwilligung ist die Bankverbindung mit jeder Meldung zu übermitteln.

Datum

Unterschrift Ärztlicher Leiter

Stempel Ärztlicher Leiter

Weitere Ärzte der MVZ / Gemeinschaftspraxis (mit gleicher Betriebsstätten-Nr.)		
Arzt 2		
Name:	Vorname:	
Titel:	Telefon:	
E-Mail:	LANR:	
Arzt 3		
Name:	Vorname:	
Titel:	Telefon:	
E-Mail:	LANR:	
Arzt 4		
Name:	Vorname:	
Titel:	Telefon:	
E-Mail:	LANR:	
Arzt 5		
Name:	Vorname:	
Titel:	Telefon:	
E-Mail:	LANR:	

Weitere Ärzte der MVZ / Gemeinschaftspraxis (mit gleicher Betriebsstätten-Nr.)		
Arzt 6		
Name:	Vorname:	
Titel:	Telefon:	
E-Mail:	LANR:	
Arzt 7		
Name:	Vorname:	
Titel:	Telefon:	
E-Mail:	LANR:	
Arzt 8		
Name:	Vorname:	
Titel:	Telefon:	
E-Mail:	LANR:	
Arzt 9		
Name:	Vorname:	
Titel:	Telefon:	
E-Mail:	LANR:	