

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

Klinisch-epidemiologisches Krebsregister
Brandenburg-Berlin gGmbH
Dreifertstr. 12
03044 Cottbus

Telefon: 0355 / 49493 166
Fax: 0355 / 49493 208
E-Mail: registrierung@kkrb.de
www.kkrbb.de



| Weitere Ärzte der MVZ / Gemeinschaftspraxis <u>mit gleicher Betriebsstätten-Nr.</u> | | |
|---|-----------------|--|
| 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: | |

Registrierung_Melder_NL_Arzt_MVZ_GP_1_V20240715