

Vollmacht für die Honorarberatung

Hiermit erhält/erhalten die u. g. Person/en die Vollmacht zur Einsicht in die Honorardaten.

Es sollen hierbei folgende Einschränkungen gelten (z. B. Einsicht für bestimmte Quartale):

Bevollmächtigte Person(en)

Name, Vorname _____

Praxis

Praxisname _____

Honorarnummer _____

Name, Vorname _____
(aller Praxisinhaber/
Geschäftsführer) _____

Telefonnummer _____
(ggf. für Rückfragen)

Hamburg, den _____

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

**Bei Rückfragen melden Sie sich gerne beim Mitgliederservice unter Tel. 040 / 22 802 - 802 oder per
E-Mail an mitgliederserviceundberatung@kvhh.de**