

Antrag nur für MVZ, GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts) und Institutsermächtigung

Abmeldung der Zugangsdaten für bevollmächtigte Personen zum gesicherten
Onlineportal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Honorarnummer:

Name der Betriebsstätte / Honorareinheit:
(Name der Einrichtung)

Hiermit melde ich die u. g. Person ab:

(Name kfm. Geschäftsführer / Insolvenzverwalter)

**Diese Person soll für die o. g. Honorareinheit mit den dazugehörigen Betriebsstätten
(BSNR) abgemeldet werden:**

(Name, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (falls vorhanden))

Angabe der Haupt- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR / NBSNR):

| | | | | | | | | | | | ; | | | | | | | | | | | | ; | | | | | | | | | | | |

Abmeldung ab: _____
(Datum)

**Diese Person soll für die o. g. Honorareinheit mit den dazugehörigen Betriebsstätten
(BSNR) abgemeldet werden:**

(Name, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (falls vorhanden))

Angabe der Haupt- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR / NBSNR):

| | | | | | | | | | | | ; | | | | | | | | | | | | ; | | | | | | | | | | | |

Abmeldung ab: _____
(Datum)

Ort, Datum, Unterschrift vom Geschäftsführer / Insolvenzverwalter Stempel

HINWEIS: Legen Sie bitte einen aktuellen Handelsregisterauszug oder den Gesellschaftervertrag bei.