ANMELDUNG DER ZUGANGSDATEN

bzw. Zugangsdatenerweiterung für bevollmächtigte Personen zum gesicherten Onlineportal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Honorarnummer: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Name der Betriebsstätte (MVZ) **/ Honorareinheit:**

_____

Hiermit beantrage ich (Name kfm. Geschäftsführer / Insolvenzverwalter / Praxisinhaber)

_____

Für die Praxis / Einrichtung (MVZ) **persönliche Zugangsdaten bzw. Zugangsdatenerweiterung** (für weitere BSNRs) **für folgende Person:**

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

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

|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ; |__|__|__|__|__|__|__|__|__| ; |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ; |__|__|__|__|__|__|__|__|__| , |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Für die Praxis / Einrichtung (MVZ) **persönliche Zugangsdaten bzw. Zugangsdatenerweiterung** (für weitere BSNRs) **für folgende Person:**

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

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

|__|__|__|__|__|__|__|__|__| , |__|__|__|__|__|__|__|__|__| , |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__| , |__|__|__|__|__|__|__|__|__| , |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Diese Zugangsdaten erlauben den Zugriff auf die Honorareinheit und die dazu gehörigen Betriebsstätten.

_____
Ort, Datum, Unterschrift Geschäftsführer / Insolvenzverwalter / Praxisinhaber Stempel

BITTE BEACHTEN SIE:
BEI VERÄNDERUNGEN WIE AUSSCHEIDEN EINES MITARBEITERS AUS DEM ARBEITSVERHÄLTNIS MUSS DER ONLINEZUGANG WIEDER ABGEMELDET BZW. GESPERRT WERDEN. BEI VERÄNDERUNGEN DER PRAXISSITUATION MÜSSEN DIE ZUGANGSDATEN NEU BEANTRAGT BZW. ANGEPASST WERDEN.

HINWEIS: LEGEN SIE BITTE EINEN AKTUELLEN HANDELSREGISTERAUSZUG BEI.

KV Hamburg, Abteilung IT-D, Postfach 76 06 20, 22056 Hamburg, Fax: 040-22 80 2-420,
Email: online-services@kvhh.de