ABMELDUNG DER ZUGANGSDATEN

für bevollmächtigte Personen zum gesicherten Onlineportal

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Honorarnummer: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Name der Betriebsstätte / Honorareinheit:
(Name des Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ))

_____

Hiermit melde ich die u. g. Person ab:

_____
(Name kfm. Geschäftsführer / Insolvenzverwalter / Praxisinhaber)

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)**:**

I__I__I__I__I__I__I__I__I ; I__I__I__I__I__I__I__I__I ; I__I__I__I__I__I__I__I__I

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)**:**

I__I__I__I__I__I__I__I__I ; I__I__I__I__I__I__I__I__I ; I__I__I__I__I__I__I__I__I

Abmeldung ab: _____
(Datum)

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

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