

Bitte zurücksenden
per E-Mail an: arztregister@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Antrag auf Erteilung einer Betriebsstättennummer (BSNR) für eine Laborgemeinschaft zur Direktabrechnung mit der KV Hamburg

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Antragstellerinnen eingeschlossen.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Angaben zur Laborgemeinschaft

Name der Laborgemeinschaft

Ansprechpartner (Titel, Vorname, Name)

Anschrift

PLZ

Ort

Hamburg

Telefon

Fax

E-Mail

Homepage

Bitte fügen Sie eine Mitgliederliste als Anhang bei.

Die BSNR soll ab dem

erteilt werden.

Name des Leiters

Titel, Vorname, Name

Ort und Datum

Unterschrift des Leiters

Name des Geschäftsführers in Druckbuchstaben (wenn abweichend vom Leiter)

Ort und Datum

Unterschrift des Geschäftsführers
(wenn abweichend vom Leiter)