

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Vertragsarztstempel

**Teilnahme zur Förderung der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten
nach der Honorarvereinbarung 2025**

Anzeigensteller

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax _____

Tätig als: Vertragsarzt angestellter Arzt
Tätig in: Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ

Bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben: _____

Anerkennung des Vertrages

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift Antragsteller

Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift Angestellter