



Angaben des/r meldenden Arztes/Ärztin bei erstmaliger Meldung oder bei Änderung

Kontakt		
Kontakt		
Titel	Vorname	Name
Klinik/ MVZ/ Praxis/ Abteilung/ Station		Fachgebiet
Institutionskennzeichen (bei Klinik)	lebenslange Arztnummer	Betriebsstätten Nummer (bei Praxis/ MVZ)
Telefon	Telefax	E-Mail
PLZ	Ort	Straße/ Hausnummer

Angaben zur Bankverbindung der meldenden Einrichtung (für die Zahlung der Meldevergütung)

Kontoinhaber	
Bankinstitut	
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
IBAN	
BIC	
Ich stimme der dauerhaften Speicherung meiner Bankdaten zu.	

Ort, Datum

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle

Unterschrift Arzt/ Ärztin