

■ **FORMULAR**

KV RLP | HV Mainz | Postfach 2567 | 55015 Mainz

**Erklärung über die Tätigkeit in
einer Praxisgemeinschaft****Abteilung Plausibilitätsprüfung**
Fax 0651 4603-119

Praxisstempel

Auf dem nachfolgenden Formular ist die etwaige Tätigkeit in einer Praxisgemeinschaft anzuzeigen.
Bei Fragen können Sie sich gerne an Thomas Heinz (0651 4603-127) wenden.

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass ich/wir

Name(n), Vorname(n)

Straße

PLZ, Ort

Lebenslange Arzt-Nummer(n)

Betriebsstätten-Nummer

Nebenbetriebsstätten-Nummer

seit dem _____ in einer Praxisgemeinschaft mit

Name(n), Vorname(n)

Straße

PLZ, Ort

Lebenslange Arzt-Nummer(n)

tätig bin/sind.

Datum

Unterschrift(en)

Hinweis:

Dieses Formular betrifft nicht Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren.

Als Praxisgemeinschaft zu verstehen ist der Zusammenschluss von zwei oder mehreren Ärzten zur Ausübung der Tätigkeit in gemeinsamen Praxisräumen. Die jeweiligen Ärzte reichen unabhängig voneinander ihre Quartalsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz ein.