

■ **FORMULAR**

KV RLP | HV MAINZ | POSTFACH 2567 | 55015 MAINZ

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax 06131 326-327



Antrag auf Genehmigung von Nebenbetriebsstätten Anästhesiologie

Stempel

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Vorname, Name des Antragstellers

PLZ, Ort, Straße

BSNR

LANR

NBSNR für zahnärztliche Leistungen

Telefonnummer

Telefax

E-Mail

Die Antragstellung erfolgt

- für mich
- für den bei mir angestellten Arzt

Vorname, Name

LANR

NBSNR für zahnärztliche Leistungen

Vorname, Name

LANR

NBSNR für zahnärztliche Leistungen

- für den im MVZ tätigen Arzt

Vorname, Name

LANR

NBSNR für zahnärztliche Leistungen

Operateur/Operationsort

Vorname, Name des Operateurs

BSNR des Operateurs

vollständige Bezeichnung des Operationsortes

Vorname, Name des Operateurs

BSNR des Operateurs

vollständige Bezeichnung des Operationsortes

Vorname, Name des Operateurs

BSNR des Operateurs

vollständige Bezeichnung des Operationsortes

Vorname, Name des Operateurs

BSNR des Operateurs

vollständige Bezeichnung des Operationsortes

Datum

Unterschrift