

■ **FORMULAR**

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Abteilung IT
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Fax 0261 39002 265

KV-Connect-Anmeldung

Praxisstempel

ANGABEN ZUM INHABER DES KV-CONNECT-ACCOUNTS

Titel, Name, Vorname* _____
IK-Nummer, falls vorhanden

LANR* _____
Fachrichtungen

Telefonnummer* _____
E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Unterschrift **des Inhabers** des KV-Connect-Accounts*

ANGABEN ZUR PRAXIS / EINRICHTUNG

Bezeichnung der Praxis oder Einrichtung* _____
BSNR*

Titel, Name, Vorname des Praxis- oder Einrichtungsinhabers*

Straße, Hausnummer* _____
PLZ, Ort*

Telefonnummer* _____
E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Unterschrift **des Praxis- oder Einrichtungsinhabers***

Bitte richten Sie einen KV-Connect-Account für**

den oben genannten Inhaber

meine Praxis / Einrichtung ein.

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bei der Nutzung von KV-Connect kann ich den **KV-Connect Datenschutzhinweisen** entnehmen. Die **Datenschutzhinweise** und **Nutzungsbedingungen** finde ich unter <https://www.kv-rlp.de/mitglieder/service/online-dienste/> Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Nutzungsbedingungen von KV-Connect. Diese sind Bestandteil des KV_Connect-Antrags.

* Bitte füllen Sie die so gekennzeichneten Felder unbedingt aus.

** Bitte markieren Sie genau ein Auswahlfeld.