



Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses unterschrieben an:
Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern gGmbH, Ellernholzstr. 1-2, 17489 Greifswald
Fax: 03834-866919
E-Mail: kkrmv_abrechnung@landeskrebsregister-mv.de

☐ Hiermit stimmen Sie der dauerhaften Speicherung und Verarbeitung der angegebenen Daten im Klinischen Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern zum Zwecke der Abrechnung und Auszahlung der Meldevergütungen zu.

Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern gGmbH ·
Ellernholzstraße. 1-2 · 17487 Greifswald · Tel.: +49 (0) 3834 86 7562 · Fax: +49 (0) 3834 86 6919 · www.kkr-mv.de
Formular Bankverbindungsdaten Version K3.0