KLINISCHES KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN
Zentralstelle der Krebsregistrierung
Registerstellen gGmbH
Treuhandstelle

Formular Bankdaten für niedergelassene Ärzte/MVZ

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses unterschrieben an:
Zentralstelle der Krebsregistrierung M-V, Universitätsmedizin Greifswald, K.d.ö.R., Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald; Fax: 03834-866919
E-Mail: zentralstelle@krebsregister-mv.de

☐ **Anmeldung** ☒ **Änderungsmitteilung**

Nachname des Melders | Vorname des Melders | Titel

Lebenslange Arztnummer (LANR) | Betriebsstättennummer (BSNR)

Angestellt im MVZ? ☐ ja ☒ nein

Praxisbezeichnung

Telefon | E-Mail

Straße und Hausnummer der Praxis

PLZ | Ort

IBAN

BIC | Kreditinstitut

Kontoinhaber/Konto des MVZ

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

Datum | Unterschrift des Melders, Stempel