KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN
Registerstelle Treuhandstelle Zentralstelle

# 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: kkrmv.abrechnung@uni-greifswald.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 _____