



Formular Bankdaten für niedergelassene Ärzte/MVZ

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

☐

Anmeldung

☐

Änderungsmitteilung

Nachname des Melders

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Vorname des Melders

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer (BSNR)

Titel

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