



Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses unterschrieben an:
Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern gGmbH, Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald
Fax: 03834-866919
E-Mail: kkrmv_abrechnung@landeskrebsregister-mv.de

Anmeldung

Änderungsmitteilung

Zahnarzt Nummer (ZANR)

Abrechnungsnummer Zahnarztpraxis

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