

Rücksendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Berliner Allee 22

30175 Hannover

Mitteilung über das MVZ, den/die Träger(-gesellschaft), die Gesellschafter*innen sowie die rechtlich vertretungsberechtigten Personen

Angaben zum MVZ

BSNR

Name/Bezeichnung (MVZ)

Straße, Hausnummer (MVZ)

PLZ, Ort (MVZ)

Telefon (MVZ)

E-Mail (MVZ)

Rechts-/Organisationsform (MVZ)

Angaben zur Trägergesellschaft des MVZ

Name der Trägergesellschaft des
Rechtsträgers des MVZ

Straße, Hausnummer (Trägergesellschaft)

PLZ, Ort (Trägergesellschaft)

Telefon (Trägergesellschaft)

E-Mail (Trägergesellschaft)

Ärztlicher Leiter

Gesellschafter*innen des Trägers des MVZ:

Gesellschafter*in

Titel, Vorname, Name: _____
LANR (sofern vorhanden)**: _____
Funktion (Tätigkeit): _____
Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): _____
PLZ, Ort: _____
Telefon (dienstlich): _____
E-Mail: _____

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben.

Unterschrift: _____

Gesellschafter*in

Titel, Vorname, Name: _____
LANR (sofern vorhanden)**: _____
Funktion (Tätigkeit): _____
Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): _____
PLZ, Ort: _____
Telefon (dienstlich): _____
E-Mail: _____

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben.

Unterschrift: _____

Gesellschafter*in

Titel, Vorname, Name: _____

LANR (sofern vorhanden)**: _____

Funktion (Tätigkeit): _____

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (dienstlich): _____

E-Mail: _____

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben.

Unterschrift: _____

Gesellschafter*in

Titel, Vorname, Name: _____

LANR (sofern vorhanden)**: _____

Funktion (Tätigkeit): _____

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (dienstlich): _____

E-Mail: _____

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben.

Unterschrift: _____

Vertretungsberechtigte Personen des MVZ:

Zur Prüfung der Vertretungsberechtigung ist die Zusendung eines entsprechenden Nachweises nötig.

Im MVZ rechtlich vertretungsberechtigte Person

Titel, Vorname, Name: _____

LANR (sofern vorhanden)**: _____

Funktion (Tätigkeit): _____

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (dienstlich): _____

E-Mail (gem. Satzung der KVN): _____

Ein Nachweis der Vertretungsberechtigung ist beigefügt*.

Im MVZ rechtlich vertretungsberechtigte Person

Titel, Vorname, Name: _____

LANR (sofern vorhanden)**: _____

Funktion (Tätigkeit): _____

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (dienstlich): _____

E-Mail (gem. Satzung der KVN): _____

Ein Nachweis der Vertretungsberechtigung ist beigefügt*.

Im MVZ rechtlich vertretungsberechtigte Person

Titel, Vorname, Name: _____
LANR (sofern vorhanden)**: _____
Funktion (Tätigkeit): _____
Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): _____
PLZ, Ort: _____
Telefon (dienstlich): _____
E-Mail (gem. Satzung der KVN): _____

Ein Nachweis der Vertretungsberechtigung ist beigefügt*.

Im MVZ rechtlich vertretungsberechtigte Person

Titel, Vorname, Name: _____
LANR (sofern vorhanden)**: _____
Funktion (Tätigkeit): _____
Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz): _____
PLZ, Ort: _____
Telefon (dienstlich): _____
E-Mail (gem. Satzung der KVN): _____

Ein Nachweis der Vertretungsberechtigung ist beigefügt*.

*Zur Prüfung der Vertretungsberechtigung ist zudem die Zusendung eines entsprechenden Nachweises nötig. Dies kann z.B. durch Vorlage des aktuellen Gesellschaftsvertrages (ggf. auch durch Gesellschafterbeschlüsse / Handelsregisterauszüge (bei einer GmbH als Trägergesellschaft) / Untervollmachten ausgestellt von geschäftsführenden Gesellschaftern) erfolgen.

**Die Angabe der LANR ist nur erforderlich, sofern diese Person eine vertragsärztliche Tätigkeit ausübt.