

Ausgefülltes Formular bitte im Original senden an:

**Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen
IT-Kundenservice
Berliner Allee 22
30175 Hannover**

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover

Ansprechpartner: IT-Kundenservice
Telefon: 0800-5101025 (gebührenfrei)
E-Mail: IT-Service@kvn.de

KV-Connect Anmeldung

Angaben zur Person (Inhaber des KV-Connect Accounts)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Titel, Name*, Vorname*

LANR*

Fachrichtung(en)

IK-Nummer (falls vorhanden)

Telefonnummer*

E-Mail-Adresse

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des **Inhabers** des KV-Connect Accounts*

Angaben zur Praxis / Einrichtung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Bezeichnung der Praxis / Einrichtung*

BSNR*

Titel, Name*, Vorname des Praxisinhabers/-verantwortlichen*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

Telefonnummer*

E-Mail-Adresse

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des **Praxisinhabers/-verantwortlichen** *

Bitte richten Sie mit den obigen Daten einen KV-Connect Account für
 die oben genannte Person oder mein/e MVZ/Institution ein.**

Jeder Arzt/Person muss einen **separaten Antrag** einreichen!

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bei der Nutzung von KV-Connect kann ich den **KV-Connect Datenschutzhinweisen** entnehmen. Die **Datenschutzhinweise** und **Nutzungsbedingungen** finde ich unter der Adresse:
www.kvn.de/Mitglieder/Praxis_IT/KV_Connect

lesbarer Praxis- oder Einrichtungs-
stempel

* Bitte füllen Sie die so gekennzeichneten Felder unbedingt aus.

** Bitte markieren Sie genau **ein** Auswahlfeld.