

Melder-ID

(Erteilt durch das Register / bei Änderung, wenn bekannt bitte angeben)



KLINISCHE KREBSREGISTER  
Sachsen-Anhalt GmbH

\* die Ausfüllhilfe finden Sie unter  
<https://www.kkr-lsa.de/melder/ihre-meldung-an-uns>

# MELDER-STAMMDATENBLATT FÜR KRANKENHAUSABTEILUNGEN

Name des Krankenhauses	
Anschrift	
Institutionskennzeichen (IKNR)	
Ärztlicher Direktor	
E-Mail Ärztlicher Direktor	
Name antragstellenden Klinik / Abteilung	
Chefarzt / Chefärztin	
E-Mail und Telefon (Chefarzt / Chefärztin)	
Krankenhausinformationssoftware	
<b>Bankdaten für die Auszahlung der Meldevergütung</b>	
Kontoinhaber:	
IBAN:	
Name der Bank:	

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der dauerhaften  
Speicherung der oben angegebenen Daten in der  
Klinischen Krebsregister Sachsen-Anhalt GmbH zu.

bearbeitet durch:

Koordinierungsstelle:

Informatik:

(auszufüllen durch das Register)

Ort

Datum

Unterschrift/ Stempel