

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 MVZ / NIEDERLASSUNGEN

Ihre Meldung an uns (bitte auswählen):

- Meldeportal
- XML-Meldung

Name der Praxis / des MVZ	
Anschrift	
Betriebsstätten-Nr. (BSNR)	
Antragstellende/r Arzt / Ärztin	
Lebenslange Arztnummer (LANR)	
E-Mail und Telefon	
Praxisverwaltungssoftware	
Bankdaten	
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