

Melder-ID
(Erteilt durch das Register / bei Änderung, wenn bekannt)

MELDER-STAMMDATENBLATT

* die Ausfüllhilfe finden Sie unter <https://www.kkr-lsa.de/melder/anleitungen-dokumente>

Erstanmeldung

Änderungsmitteilung

Name Institution: (Krankenhaus und Klinik / MVZ / Praxis)	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Titel, Name, Vorname: (berechtigter Antragsteller)	
Ansprechpartner für KKR LSA (mit Funktion)	
Institutionskennzeichen (IKNR): (bei Krankenhaus)	
Betriebsstätten-Nr. (BSNR): (bei Arzt / Praxis / MVZ)	
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR): (bei Arzt / Praxis / MVZ)	
Telefon:	
E-Mail:	
Kontoinhaber:	
IBAN:	
Name der Bank:	

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

bearbeitet durch:

Koordinierungsstelle:	
Informatik:	

(auszufüllen durch das Register)

Ort

Datum

Unterschrift/ Stempel