

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

praxisaufnahme@kvbawue.de | Fax 0761 884-483882

Bestellformular

Vertragsarztstempel

Betriebsstättennummer der Praxis (BSNR): _____

- | | | | | | |
|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> | Ermächtigung | <input type="checkbox"/> | MVZ | <input type="checkbox"/> |
| örtliche BAG | <input type="checkbox"/> | überörtliche BAG | <input type="checkbox"/> | Arzt in Anstellung | <input type="checkbox"/> |

Anzahl:

Modell:

- Holzstempel
- Selbstfärbestempel
- Platte für Selbstfärbestempel/Modellbezeichnung _____

Vor- u. Zuname

Telefon (evtl. Fax)

Fachgebietsbezeichnung

weitere Angaben (freiwillig)

Straße/ PLZ/ Ort (der Praxis)

weitere Angaben (freiwillig)

Genauere Angaben zum Vertragsarztstempel (Mindest- u. Zusatzangaben) finden Sie auf unserer Homepage unter: <http://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/arztregister/vertragsarztstempel/>

Den Vertragsarztstempel erhalten Sie nach Fertigstellung direkt von der Stempelfirma zugesandt. Wir weisen darauf hin, dass die Kosten entsprechend der gesamtvertraglichen Regelungen für den Vertragsarztstempel direkt mit dem Honorarkonto verrechnet werden.

Bitte senden Sie uns den/die Stempel an folgende Anschrift:

Straße

PLZ/Ort

Ort, Datum

Unterschrift