

Anmeldung bitte senden an:



Praxisstempel

KV-Connect-Registrierung für Betriebsstätten

Seschäftsbere Albstadtweg 1	ich Service & Beratung 1	
0567 Stuttgar	t	
Service-Tel.: Fax: E-Mail:	0711 7875-3570 0711 7875-483892 kv-connect@kvbawue.de	
(V-Connect	-Konto anzulegen.	n-Württemberg für die unten angegebene Betriebsstätte ei
U Betrieb	sstätte (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	
BSNR*		Praxisbezeichnung*
Telefon*		E-Mail-Adresse
Straße, Hausni	ummer*	PLZ, Ort*
	kisverwaltungssystems	Name, Vorname des Praxisinhabers/-verantwortlichen der Betriebsstätte*
Die KV-Connec		es. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.
Die KV-Connec	ct- Nutzungsbedingungen sind Bestandteil dieses Antrag	es. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen. Unterschrift des Praxisinhabers/-verantwortlichen der Betriebsstätte*
Die KV-Connec	en zur Person (Inhaber des KV-Connect Konto	es. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen. Unterschrift des Praxisinhabers/-verantwortlichen der Betriebsstätte*
Ort, Datum* 2 Angabe	en zur Person (Inhaber des KV-Connect Konto	es. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen. Unterschrift des Praxisinhabers/-verantwortlichen der Betriebsstätte* s)
Ort, Datum* 2 Angabe LANR (wenn vo	ct-Nutzungsbedingungen sind Bestandteil dieses Antragen zur Person (Inhaber des KV-Connect Kontorhanden)	es. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen. Unterschrift des Praxisinhabers/-verantwortlichen der Betriebsstätte* s) IK-Nummer (nur von D-Ärzten auszufüllen)
Ort, Datum* 2 Angabe LANR (wenn vo	en zur Person (Inhaber des KV-Connect Kontorhanden) brander*	es. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen. Unterschrift des Praxisinhabers/-verantwortlichen der Betriebsstätte* s) IK-Nummer (nur von D-Ärzten auszufüllen) Telefon*
Ort, Datum* 2 Angabe LANR (wenn vo	en zur Person (Inhaber des KV-Connect Kontorhanden) brander*	es. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen. Unterschrift des Praxisinhabers/-verantwortlichen der Betriebsstätte* s) IK-Nummer (nur von D-Ärzten auszufüllen) Telefon* PLZ, Ort*
Ort, Datum* 2 Angabe LANR (wenn vo Titel, Name, Vo Straße, Hausnu Die KV-Connect Ort, Datum*	en zur Person (Inhaber des KV-Connect Kontorhanden) brander*	Unterschrift des Praxisinhabers/-verantwortlichen der Betriebsstätte* S) IK-Nummer (nur von D-Ärzten auszufüllen) Telefon* PLZ, Ort* es. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

Bitte füllen Sie die so gekennzeichneten Felder unbedingt aus, da sonst kein KV-Connect Konto erstellt werden kann!

Voraussetzung für die Nutzung von KV-Connect ist die Ausstattung der Betriebsstätte mit einem KV-SafeNet Anschluss oder eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Für Haupt- und Nebenbetriebsstätten müssen getrennte KV-Connect Zugänge beantragt werden. Zu jedem Zugang gehören ein eigenes KV-Connect Konto und ein eigenes KV-Connect Zertifikat.

Bitte senden Sie uns das Antragsformular im Original zu.

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.kvbawue.de/kv-connect