

Ausgefülltes Formular im Original bitte an:

Ihre KV Saarland
Europaallee 7 – 9
66113 Saarbrücken

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7 – 9
66113 Saarbrücken

Ansprechpartner: Herr Kreutzer
Herr Heidecker
Telefon: 0681 99837 - 0

KV-Connect Anmeldung

Angaben zur Person (Inhaber des KV-Connect Accounts)

Titel, Name*, Vorname*

LANR*

Fachrichtung(en)

IK-Nummer (falls vorhanden)

Telefonnummer*

E-Mail-Adresse

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des **Inhabers** des KV-Connect Accounts*

Angaben zur Praxis / Einrichtung

Bezeichnung der Praxis / Einrichtung*

BSNR*

Titel, Name*, Vorname des Praxisinhabers/-verantwortlichen*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

Telefonnummer*

E-Mail-Adresse

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des **Praxisinhabers/-verantwortlichen** *

Bitte richten Sie mit den obigen Daten einen KV-Connect Account für
 die oben genannte Person oder meine Praxis / Institution ein. **

lesbarer Praxis- oder Einrichtungstempel

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.kvsaarland.de

* Bitte füllen Sie die so gekennzeichneten Felder unbedingt aus.

** Bitte markieren Sie genau ein Auswahlfeld.