Meldung HZV Online Key

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

zu den Verträgen zur
hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73 b SGB V

Stammdaten Arzt

☐ Einzelpraxis ☐ MVZ
☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

LANR | BSNR | BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**) | Telefon

PLZ | Ort | Fax

Zusatz

Geburtsdatum | Email-Adresse

Per Fax an die HÄVG unter: 01805 - 00 24 25 420

(EUR 14ct/Festnetz DTAG/Tarife anderer Anbieter können abweichen)

☐ **Hiermit bestätige ich, dass ich den HZV Online Key, welcher mir von der HÄVG Rechenzentrum GmbH zur Verfügung gestellt wurde, bei mir in der Praxis gemäß Anleitung installiert und in Betrieb genommen habe (bitte ankreuzen).**

Unterschrift Vertragsarzt / MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis