

Meldung zur Erbringung der Leistung Klimaresiliente Versorgung

Hiermit bestätige ich

- meine Qualifikation zur Erbringung der Leistung „Klimaresiliente Versorgung“

• _____
Nachname, Name

LANR

oder

- durch eine Kollegin / einen Kollegen aus BAG / MVZ

• _____
Nachname, Name

LANR

und

- durch mindestens ein weiteres Teammitglied mit mindestens 19h Wochenarbeitszeit

• _____
Nachname, Name

Unterschrift Vertragsärztin / Vertragsarzt

Datum

Bitte per E-Mail an **abrechnung@medi-verbund.de** oder
per Fax an **0711 - 80 60 79 566** oder
per Post an **MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart**

