

# Beitrittserklärung

der PVS Niedersachsen

**Mitgliedsnummer :** \_\_\_\_\_

(wird durch die PVS ausgefüllt)

Ich erkläre meinen Beitritt zur PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen und schließe mich der oben genannten Bezirksstelle an.

Satzung, Geschäftsordnung und Geschäftsbedingungen erkenne ich an. Ich habe die Satzung, die Geschäftsordnung sowie die Geschäftsbedingungen im vollem Umfang in der gegenwärtigen Fassung von der Homepage der PVS Niedersachsen heruntergeladen und gelesen.

## Mitgliedsinformation / Persönliche Daten

Name der Praxis / des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Praxisform:

- Einzelpraxis       Klinik       MVZ       Chefarzt  
 Gemeinschaftspraxis       Praxisgemeinschaft       Andere (TGP/UÖ/GMP)

Geschlecht:  weiblich       männlich

Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_

## Praxisanschrift

Straße & Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

## Privatanschrift

Straße & Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel