

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