Hessisches Krebsregister

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Vertrauensstelle des
Hessischen Krebsregisters
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt am Main

Servicebogen für Änderungsmitteilungen

Klinik/ Abteilung/Praxis:	
Melder-ID:	

	Bisher	Änderung
1.Wechsel der Ärztlichen Leitung:	Datum der Änderung:	
Titel, Name, Vorname:		
Adresse und ggf. Bankverbindung für die Vergütung von Altmeldungen bis zum Datum des Wechsels:		
Nur für Praxen:		
Betriebsstätten-Nr. (BSNR):		
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR):		
2.Adressänderung:	Datum der Änderung:	
Straße:		
PLZ/Ort:		
Telefon:		
Fax:		
Email-Adresse:		
Ansprechperson:		
3.Änderung der Bankverbindung:	Datum der Änderung:	
Kontoinhaber:		
IBAN:		DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
Name der Bank:		
Individueller Verwendungszweck:		
4.Beendigung der Meldetätigkeit:	Datum: / Grund:	Nachfolge:

Mit der Weiterleitung der Daten an die Abrechnungsstelle des Hessischen Krebsregisters beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) zum Zwecke der Auszahlung der Meldevergütung bin ich einverstanden. (Bei fehlendem Einverständnis kann keine Auszahlung erfolgen)

_____

Datum und Unterschrift