

Vertrauensstelle des
Hessischen Krebsregisters
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt am Main

Servicebogen für Änderungsmitteilungen

Klinik/ Abteilung/Praxis:

Melder-ID:

	Bisher	Änderung
<u>1. Wechsel der Ärztlichen Leitung:</u>	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):		
<u>2. Adressänderung:</u>	Datum der Änderung:	
Straße:		
PLZ/Ort:		
Telefon:		
Fax:		
Email-Adresse:		
Ansprechperson:		
<u>3. Änderung der Bankverbindung:</u>	Datum der Änderung:	
Kontoinhaber:		
IBAN:		DE ___ ____ ____ ____
Name der Bank:		
Individueller Verwendungszweck:		
<u>4. Beendigung der Meldetätigkeit:</u>	Datum:	Grund: Nachfolge:

Mit der Weiterleitung der Daten an die Abrechnungsstelle des Hessischen Krebsregisters beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) zum Zwecke der Auszahlung der Meldevergütung bin ich einverstanden. (Bei fehlendem Einverständnis kann keine Auszahlung erfolgen)

Datum und Unterschrift