Antrag auf Vergabe einer SAPV-spezifischen Betriebsstättennummer für Leistungserbringer nach § 132 d Abs. 1 SGB V

Leistungserbringer nach § 132 d Abs. 1 SGB V Name: Ansprechpartner: Anschrift: Telefon: Fax: E-Mail: Vertragsbeginn: Unterschrift des Leistungserbringers Ort, Datum Bescheinigung der Antragsberechtigung Krankenkasse: Name des Ansprechpartners: Anschrift: Telefon: Fax: E-Mail: Unterschrift der Krankenkasse Ort, Datum Stempel der Krankenkasse