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: .....

....
Ort, Datum Unterschrift des Leistungserbringers

Bescheinigung der Antragsberechtigung

Krankenkasse: .....
Name des Ansprechpartners: .....
Anschrift: .....
.....
Telefon: .....
Fax: .....
E-Mail: .....

....
Ort, Datum Unterschrift der Krankenkasse

.....
Stempel der Krankenkasse