

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

Betriebsstätten-Nummer:

Name:

Anschrift:

.....

Nachfolgende Änderungen ergeben sich ab:

Name:

Ansprechpartner:

Anschrift:

.....

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Vertragsende:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Leistungserbringers

Bei Änderungsmeldung durch die Krankenkasse:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der Krankenkasse

.....

Stempel der Krankenkasse