kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Ärztliche Organisation
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

oder per E-Mail: arztregister@kvt.de

Erklärung zur Eröffnung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Hiermit zeigen wir die Eröffnung des MVZ an:

Betriebsstättennummer des MVZ: _____

Gesellschaft: _____

Betriebsstättenanschrift des MVZ:

Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Vorwahl/Telefon	
Vorwahl/Telefax	
E-Mail-Adresse	

Tag der Tätigkeitsaufnahme: _____

Bitte beachten Sie, dass die Erklärung zur Tätigkeitsaufnahme der KV Thüringen unverzüglich, spätestens jedoch vor der ersten Leistungserbringung vorliegen muss. Andernfalls können die abgerechneten Leistungen nicht vergütet werden.

Bis auf Widerruf bestimmen wir als Ansprechpartner für das MVZ gegenüber der KV Thüringen

_____

und bitten darum, jeglichen Schriftverkehr der KV Thüringen an:

Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Vorwahl/Telefon	
Vorwahl/Telefax	
E-Mail-Adresse	

zu schicken.

Hinweis: Die Unterlagen des MVZ (z.B. Honorarbescheide) werden auch nach der Auflösung des MVZ an den angegebenen Ansprechpartner weitergeleitet.

Bitte senden Sie diese Seite zwingend im Original an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Buchhaltung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Bankverbindung für Zahlungsverkehr zur Weitergabe an die Buchhaltung

Sämtliche Zahlungen der KV Thüringen, insbesondere Honorarzahlung für die ärztlichen Tätigkeiten, sollen auf

Betriebsstättennummer:	
IBAN:	
beim Geldinstitut:	
BIC:	
Kontoinhaber:	

erfolgen.

Ort, Datum	Geschäftsführer
	MVZ Stempel

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum	Unterschrift/Gesellschafter
Ort, Datum	Unterschrift/Gesellschafter
Ort, Datum	Unterschrift/Gesellschafter
Ort, Datum	Unterschrift/Gesellschafter