

Ausgefülltes Formular bitte im Original senden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung IT
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Ansprechpartner: Abteilung IT
Telefon: 03643 559-104
Fax: 03643 559-291
E-Mail: it@kvt.de

KV-Connect Anmeldung

Angaben zur Person (Inhaber des KV-Connect Accounts)

.....
Titel, Name*, Vorname*

.....
LANR

Fachrichtung(en)

.....
IK-Nummer (falls vorhanden)

.....
Telefonnummer*

E-Mail-Adresse

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des **Inhabers** des KV-Connect Accounts*

Angaben zur Praxis / Einrichtung

.....
Bezeichnung der Praxis / Einrichtung*

BSNR

.....
Titel, Name*, Vorname des Praxisinhabers/-verantwortlichen*

.....
Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

.....
Telefonnummer*

E-Mail-Adresse

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des **Praxisinhabers/-verantwortlichen** *

Bitte richten Sie mit den obigen Daten einen KV-Connect Account für
 die oben genannte Person oder meine Praxis / Institution ein.**

lesbarer Praxis- oder Einrichtungs-
stempel

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bei der Nutzung von KV-Connect kann ich den **KV-Connect Datenschutzhinweisen** entnehmen. Die **Datenschutzhinweise** und **Nutzungsbedingungen** finde ich unter der Adresse: kvconnect.kvtop.de

* Bitte füllen Sie die so gekennzeichneten Felder unbedingt aus.

** Bitte markieren Sie genau ein Auswahlfeld.