Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
E-Mail: entlassmanagement@kvb.de
Fax: (089) 57093 64950

Antrag

auf Vergabe einer Betriebsstättennummer für das Entlassmanagement

Allgemeine Angaben

Antragsteller

Name des Krankenhauses/der Reha-Einrichtung:

_____

_____

Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner für das Entlassmanagement

Name: _____ **Vorname:** _____

_____

ggf. abweichende Anschrift des Ansprechpartners

_____ _____

E-Mail-Adresse **Telefonnummer**

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift verantwortlicher Ansprechpartner**