

<p>LANR/BSNR</p> <p>Gültig bis <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>LANR <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>BSNR <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p>	<p>LANR/BSNR</p> <p>Gültig ab <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>LANR <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>BSNR <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p>
<p>Evtl. N-BSNR und dazugehörige Adresse</p> <p>NBSNR 1 <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Gültig bis <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Straße & Hausnummer <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p>PLZ <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Ort <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p>NBSNR 2 <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Gültig bis <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Straße & Hausnummer <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p>PLZ <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Ort <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Haben Sie weitere NBSNR, füllen Sie bitte ein weiteres Formular aus.</p>	<p>Evtl. N-BSNR und dazugehörige Adresse</p> <p>NBSNR 1 <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Gültig ab <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Straße & Hausnummer <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p>PLZ <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Ort <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p>NBSNR 2 <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Gültig ab <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Straße & Hausnummer <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p>PLZ <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Ort <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Haben Sie weitere NBSNR, füllen Sie bitte ein weiteres Formular aus.</p>
<p>Zugelassener Hausarzt in*:</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (BAG)</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft</p>	<p>Zugelassener Hausarzt in*:</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (BAG)</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft</p>

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Datum _____

Unterschrift des Arztes und Vertragsarztstempel