

Ausgefülltes Formular bitte im Original senden an:

**Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen
IT-Kundenservice
Berliner Allee 22
30175 Hannover**

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover

Ansprechpartner: IT-Kundenservice
Telefon: 0800-5101025 (gebührenfrei)
E-Mail: IT-Service@kvn.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
Datenschutz-hinweisen** entnehmen. Die **Datenschutzhinweise**
und **Nutzungsbe-dingungen** finde ich unter der Adresse:
www.kvn.de/Praxis/IT-fuer-die-Arztpraxis/KV-Connect/

* Bitte füllen Sie die so gekennzeichneten Felder unbedingt aus.

** Bitte markieren Sie genau **ein** Auswahlfeld.