

Ausgefülltes Formular im Original bitte an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Europaallee 7 – 9  
66113 Saarbrücken

**Ihre KV Saarland**  
Europaallee 7 – 9  
66113 Saarbrücken

Ansprechpartner: Herr Kreutzer  
Herr Heidecker  
Telefon: 0681 99837 - 0

## 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 Einrichtungsstempel

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: [www.kvsaarland.de](http://www.kvsaarland.de)

\* Bitte füllen Sie die so gekennzeichneten Felder unbedingt aus.

\*\* Bitte markieren Sie genau ein Auswahlfeld.