

## Anlage 1 – Stammdatenblatt Leistungserbringer

zur Vereinbarung über die Durchführung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V

Bitte je Operateur einer Praxis/BAG oder eines MVZ einmal ausfüllen!

*(bitte **vollständig** in Druckbuchstaben ausfüllen)*

<b>Titel, Name, Vorname:</b>
<b>BSNR: (9-stellig)</b>
<b>LANR: (9-stellig)</b>
<b>Praxisname:</b>
<b>Anschrift:</b>
<b>E-Mail-Adresse:</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel