

3 Anmeldeformular

zum maschinellen Datenaustausch nach § 105 SGB XI

EMPFÄNGER des Anmeldeformulars

Name der empfangenen Stelle

Straße und/oder Postfach

PLZ und Ort

1. Persönliche Daten der anmeldenden Stelle

IK-Nr

Firmen-/Betriebsbezeichnung Leistungserbringer

Hausanschrift

Straße und/oder Postfach

PLZ/Ort

Postanschrift

Straße und/oder Postfach

PLZ/Ort

Email-Adresse

Fax mit Vorwahl

Telefon mit Vorwahl

Ansprechpartner

Rechnungsart

1=Rg. und Zahlung LE 2=Rg. von Abr.-Stelle und Zahlung an LE 3=Rg von Abr.-Stelle und Zahlung an Abr.-Stelle

2. Übermittlungsmedium

DFÜ

Email

FTAM

CD-Rom

X.400

Diskette 3,5 – 1,44 MB/DOS-Format

TCP/IP

Diskette 3,5 – 2,88 MB/DOS-Format

andere (ggf. bitte angeben)

hiermit verpflichte ich mich zu Datenlieferungen gemäß der Anmeldung zum Datenaustausch und zur Übermittlung virengeprüfter Daten

Ort, Datum

Unterschrift