

# Klinisches Krebsregister Brandenburg ■ Berlin



## Angaben des/r meldenden Arztes/Ärztin bei erstmaliger Meldung oder bei Änderung

### Kontaktdaten des/r meldenden Arztes/Ärztin

_____		
<b>Titel</b>	<b>Vorname</b>	<b>Name</b>
_____		_____
<b>Klinik / MVZ / Praxis / Abteilung / Station</b>		<b>Fachgebiet</b>
_____		_____
<b>Institutionskennzeichen Klinik / Praxis</b>		<b>Lebenslange Arztnummer</b>
_____		<b>Betriebsstätten Nummer</b>
_____		_____
<b>Telefon</b>	<b>Telefax</b>	<b>E-Mail</b>
_____	_____	_____
<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>	<b>Straße / Hausnummer</b>
_____	_____	_____

### Angaben zur Bankverbindung für die Zahlung der Meldevergütung

_____	
<b>Kontoinhaber/in</b>	
_____	
<b>Bankinstitut</b>	
<b>IBAN</b>	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>BIC</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ich stimme der dauerhaften Speicherung meiner Bankdaten zu.
<p>Bankverbindungsdaten müssten bei jeder Meldung erneut angegeben werden, da sie gemäß Staatsvertrag regelmäßig zu löschen sind. Hiervon kann nur dann abgewichen werden, wenn Sie uns die Erlaubnis zur dauerhaften Speicherung erteilen. Bitte denken Sie daran uns Änderungen mitzuteilen.</p>	

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

Klinisches Krebsregister  
für Brandenburg gGmbH  
Dreifertstraße 12  
03044 Cottbus  
Geschäftsführerin Dr. Anett Tillack

Telefon: 0355 49493-0  
Telefax: 0355 78010-489  
E-Mail: kkrbb@jaekb.de  
http://www.kkrbb.de

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Arzt/Ärztin**

Bankverbindung:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G. Düsseldorf  
IBAN DE58 3006 0601 0004 3567 42  
BIC (Swift Code) DAAEEDDDXXX  
Amtsgericht Cottbus HRB 12270  
USt. 056/125/00640