

Betriebsstätten-Nr. (wird durch KVS ausgefüllt) _____

Antragsunterlagen zur Erteilung einer Abrechnungsnummer zur Teilnahme am Notarztdienst

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

- vollständig ausgefüllter Erfassungsbogen für Arztdaten (Seite 2)
- Mitteilung über die Bankverbindung zur Überweisung der Notarztdiensthonorare (Seite 3)
- weitere Unterlagen:
 - Approbationsurkunde (Kopie)
 - oder Berufserlaubnis (Kopie)
 - Fachkundenachweis o. Zusatzbezeichnung (Kopie)
 - Einzelvereinbarung
 - Antrag auf Erteilung eines Online-Zugang zum Notarztportal & Erklärung zur Abrechnung von Notarztscheinen
 - Sonstiges: _____
 - _____

Jede Änderung hinsichtlich der abgegebenen Daten werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum: _____

Ort: _____

Unterschrift des Antragstellers/ Stempel

Bestätigung der Eignungsvoraussetzung zur Teilnahme am Notarztdienst durch die
Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Krankenkassen und Verbände der Krankenkassen für die
Notärztliche Versorgung (ARGE NÄV)

geprüft durch (Stempel): _____

Mitarbeiter (Name): _____

Unterschrift/ Datum: _____

Erfassungsbogen für Arztdata – Notarzt – zur Vergabe einer Abrechnungs-Nr. durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Betriebsstätten-Nr. beantragen ab (Datum): _____

Titel: _____ ab/seit: _____

Vorname: _____

Name: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Facharzt seit: _____ für: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Wohnanschrift:

Straße/ Nr.: _____

PLZ _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax.-Nr.: _____

E-Mail _____

Praxis- bzw. Tätigkeitsort:

Name (Klinik/ Praxis) _____

Straße/ Nr.: _____

PLZ _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax.-Nr.: _____

Postanschrift: **Wohnanschrift** **oder Arbeitsstelle**

Approbation oder
Berufserlaubnis vom _____ durch _____

Promotion: vom _____ durch _____

Fachkundenachweis/
Zusatzbezeichnung: vom _____ durch _____

Mitteilung über die Bankverbindung zur Überweisung der Notarzdiensthonorare:

Die Honorare aus der Teilnahme am Notarzdienst bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Kreditinstitut: _____

Ort: _____

Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____

Kontoinhaber: _____

Hierbei handelt es sich um

mein Geschäftskonto bzw.

ich verfüge über kein Geschäftskonto

Mein zuständiges Finanzamt ist

(!)Bitte Ort und Anschrift angeben

Hinweis:

Seit 01.01.1994 ist die „Verordnung über Mitteilungen an die Finanzbehörden durch andere Behörden...“ vom 07.09.1993 in Kraft getreten (veröffentlicht im Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1993, Teil I/Ergänzungen siehe zweite Verordnung vom 26.05.1999), d.h. die KVS ist verpflichtet, diese Einnahmen dem Finanzamt bis 30. April für das vergangene Jahr zu melden.

Die Einnahmen aus der Notärztlichen Tätigkeit sind steuerpflichtig!!!

Datum: _____

Ort: _____

Unterschrift des Antragstellers/ Stempel