

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
 Arztregister
 Doctor-Eisenbart-Ring 2
 39120 Magdeburg

A B F O R D E R U N G
 Befugnisse für das vertretungsberechtigte Organ
 der Trägergesellschaft eines ermächtigten Instituts

ggf. Titel	Vorname	Name
Geburtsdatum	Geburtsort	

Ich bitte als das vertretungsberechtigte Organ (z. B. Geschäftsführer der GmbH, Vorstand einer AÖR, u. a.) der Trägergesellschaft für das folgende ermächtigte Institut

	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> </tr> </table>								0	0
							0	0		
Bezeichnung ermächtigtes Institut	Betriebsstättennummer									

darum, mir die Berechtigung für die vertretenden Befugnisse im Mitgliederportal KVSAonline zu erteilen.

Sollte ich von meiner Tätigkeit als vertretungsberechtigtes Organ abberufen werden, verpflichte ich mich, dies unverzüglich gegenüber der KVSA zu melden.

Ort, Datum	Unterschrift/Stempel vertretungsberechtigtes Organ