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 MVZ

……	……	……
ggf. Titel	Vorname	Name

……	……
Geburtsdatum	Geburtsort

Ich bitte als das vertretungsberechtigte Organ (z. B. Geschäftsführer der GmbH) der Trägergesellschaft für das folgende MVZ

……								0	0
Bezeichnung MVZ	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