

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

**Absender/Stempel**

praxisaufnahme@kvbawue.de | Fax 0711 7875-483894

# Bestellformular

## Vertragsarztstempel

Betriebsstättennummer der Praxis (BSNR): \_\_\_\_\_

- |              |                          |                  |                          |                    |                          |
|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> | Ermächtigung     | <input type="checkbox"/> | MVZ                | <input type="checkbox"/> |
| örtliche BAG | <input type="checkbox"/> | überörtliche BAG | <input type="checkbox"/> | Arzt in Anstellung | <input type="checkbox"/> |

**Anzahl:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Modell:**

- Holzstempel
- Selbstfärbestempel
- Platte für Selbstfärbestempel/Modellbezeichnung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vor- u. Zuname

\_\_\_\_\_  
Telefon (evtl. Fax)

\_\_\_\_\_  
Fachgebietsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
weitere Angaben (freiwillig)

\_\_\_\_\_  
Straße/ PLZ/ Ort (der Praxis)

\_\_\_\_\_  
weitere Angaben (freiwillig)

Genauere Angaben zum Vertragsarztstempel (Mindest- u. Zusatzangaben) finden Sie auf unserer Homepage unter: <http://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/arztregister/vertragsarztstempel/>

Den Vertragsarztstempel erhalten Sie nach Fertigstellung direkt von der Stempelfirma zugesandt. Wir weisen darauf hin, dass die Kosten entsprechend der gesamtvertraglichen Regelungen für den Vertragsarztstempel direkt mit dem Honorarkonto verrechnet werden.

**Bitte senden Sie uns den/die Stempel an folgende Anschrift:**

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift