



Bitte zurücksenden
per Fax: 0231-9 432 8 70 49
oder postalisch an:

KVWL
GB Zulassung und Bedarfsprüfung
Abteilung Sicherstellungsdatenmanagement
Robert-Schimrigk Str. 4-6
44141 Dortmund

Formular zur Feststellung der Vertretungsberechtigten eines MVZ

Angaben zur Trägergesellschaft

Name der Trägergesellschaft:	
(H)BSNR:	

Rechtsform der Trägergesellschaft

<input type="checkbox"/> Gesellschaft bürgerlichen Rechts – GbR
<input type="checkbox"/> Partnergesellschaft – PartG
<input type="checkbox"/> Gesellschaft mit beschränkter Haftung – GmbH
<input type="checkbox"/> gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung – gGmbH
<input type="checkbox"/> Genossenschaft – eG
<input type="checkbox"/> kommunaler Eigenbetrieb
<input type="checkbox"/> Regiebetrieb
<input type="checkbox"/> Anstalt des öffentlichen Rechts – AöR
<input type="checkbox"/> Zweckverband

Geschäftsanschrift¹ und Kommunikationsdaten der Trägergesellschaft

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	
Telefon:		FAX:	
E-Mail:			

Angaben zu dem/zu den Vertretungsberechtigten

1. Vertretungsberechtigter

Nachname			
Vorname			
Titel (akad. Grad)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
Geburtsdatum			
Funktion	<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Vorstand	<input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Organ / kommunaler Vertreter	<input type="checkbox"/> Prokurist

2. Vertretungsberechtigter

Nachname			
Vorname			
Titel (akad. Grad)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
Geburtsdatum			
Funktion	<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Vorstand	<input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Organ / kommunaler Vertreter	<input type="checkbox"/> Prokurist

Weitere Vertretungsberechtigte sind in einer Anlage mit den vorgenannten Angaben benannt.

Anlage

- Aktueller Gesellschaftsvertrag bzw. Gesellschafterbeschluss ist beigelegt (ggf. Auszug)
- Aktueller maßgeblicher Registerauszug ist beigelegt
- Aktueller Beschluss über Bestellung ist beigelegt

Mit Wirkung vom:

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

(Ort, Datum)

Unterschriften **aller** Vertretungsberechtigten

Name, Vorname	Unterschrift



BSNR:

Erklärung zur Unterschriftsberechtigung zu den Vierteljahresabrechnungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Die Unterschriftsleistung zu den Erklärungen zur jeweiligen Vierteljahresabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe erfolgt durch u. g. Berechtigten. Sofern nicht alle Mitglieder eines MVZ unterzeichnen, versichert/versichern der/die Unterzeichner die Bevollmächtigung zur Abgabe der Erklärung für alle Mitglieder. Bisher abgegebene Erklärungen zur unterschiftsberechtigten Person der Vierteljahreseklärung werden hierdurch ungültig.

Unterschriftsberechtigter für die Erklärung zur Vierteljahresabrechnung:

Weiterer Unterschriftsberechtigter für die Erklärung zur Vierteljahresabrechnung:

Nachname:

Nachname:

Vorname:

Vorname:

Unterschriftsprobe

Unterschriftsprobe

Sollten mehrere Personen unterschiftsberechtigt sein, wird gebeten, dies auf dem Blatt unten (Name, Vorname und Unterschriftsleistung bzw. Unterschriftsprobe des Unterschriftsberechtigten) mitzuteilen. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum in der Rechtsform einer GmbH muss die Unterschriftsleistung durch den Geschäftsführer der GmbH erfolgen; wird das Medizinische Versorgungszentrum in der Rechtsform einer eingetragenen Genossenschaft betrieben, so sind die genossenschaftsrechtlichen Vertretungsregelungen zu beachten.

Mit Wirkung vom:

.....
Unterschrift des Vertretungsberechtigten:
(Nachname, Vorname)

Stempel des MVZ