

Düsseldorf/Köln

Fax: 0221 7763 5918
E-Mail: rlvv@kvno.de

**Antrag auf detaillierte Darstellung
der Berechnung des Regelleistungsvolumens**

Sollten Sie schon einen Antrag gestellt haben, ist kein weiterer Antrag notwendig. Sie erhalten die Unterlagen automatisch. Für eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein erneuter Antrag erst bei einem Wechsel in der Zusammensetzung erforderlich.

Vertragsarztstempel:	
-----------------------------	--

Die Unterschrift(en) sind

bei Einzelpraxen vom Praxisinhaber,
bei MVZ vom ärztlichen Leiter oder Geschäftsführer und bei einer
BAG von allen Mitgliedern zu leisten.

Unterschrift(en)
