

Mitgliedsverwaltung:

Straße, Haus-Nr. oder Postfach:

PLZ, Ort:

Auskunft erteilt:

Telefon:

Telefax:

Mitglieds-Nr./Abrechnungsstellen-Nr.:

Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
Zusatzversorgungskasse
Postfach 12 09

16771 Gransee

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Antrag auf Zulassung zur automatisierten Datenübermittlung

hier: Mitgliedsnummer/Abrechnungsstellennummer _____

Ich beantrage die Zulassung zur Teilnahme an der automatisierten Datenübermittlung für die

Abwicklung des gesamten Meldeverfahrens (außer Jahresmeldungen)

Die automatisierte Datenübermittlung soll erfolgen ab dem _____ Datum

Die Daten sollen übermittelt werden auf Band/Kassette Diskette CD-ROM

Die Rückmeldung der zugeteilten Versicherungsnummern auf Diskette durch den KVBbg -ZVK- wird gewünscht.

Jahresmeldungen

Die automatisierte Jahresmeldung soll erfolgen ab der Jahresmeldung für das Jahr: _____

Die Jahresmeldung soll übermittelt werden auf Band/Kassette Diskette CD-ROM

Die Anlage 02 zur Jahresabrechnung (Rückmeldung abgerechneter Fälle) soll vom KVBbg -ZVK- übermittelt werden auf Papier COM-Fiche

Die Datenerstellung erfolgt mit der Software/dem Verfahren:

Softwarehersteller/Hersteller des Verfahrens: Name, Anschrift _____

Zuständig für fachliche Fragen und Adressat für Nachweise und Beanstandungen bei der Mitgliedsverwaltung:

Name _____ Telefon _____ Telefax _____

Adressat für die Datenträger und Ansprechpartnerin/Ansprechpartner (z.B. Rechenzentrum) für technische Fragen:

Bezeichnung _____

Straße, Haus-Nr. oder Postfach, PLZ, Ort _____

Auskunft erteilt _____ Telefon _____ Telefax _____

Die Antragstellerin/Der Antragsteller verpflichtet sich, nach den Bestimmungen des DATÜV-ZVE zu verfahren.

Datum, Unterschrift _____
