



## Antrag zur Nutzung von PADtransfer

Erstanmeldung       Änderungsmitteilung       Sperrung / Löschung

**Antragsteller:**

Arzt / Ärztin       med. Personal       Verwaltung

Titel : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

lebenslange Arztnr.: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer PVS: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Handy-Nr. für mTAN (falls gewünscht): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Praxis-/  
Klinikstempel:

Hiermit beantrage ich (Antragsteller) mit o.g. Angaben einen Zugang zu PADtransfer zur Datenübermittlung an die PVS/ Westfalen-Süd einzurichten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, zum Zeitpunkt der Beantragung berechtigt zu sein, Abrechnungsdaten für das/die genannte/n Konto/en einzureichen. Der Antragsteller verpflichtet sich Änderungen, die die Praxis-, Klinik- bzw. Kontenzugehörigkeit betreffen, umgehend bei der PVS/ Westfalen-Süd anzuzeigen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Leistungserbringers  
(Arzt / Ärztin)

\_\_\_\_\_  
PADtransfer User-Nummer  
(durch PVS auszufüllen)