

# ANLAGE A: STAMMDATENBLATT – MELDEPFLICHTIGE PERSON

BEI FRAGEN WENDEN SIE SICH BITTE AN DIE VERTRAUENSSTELLE DES KREBSREGISTERS:  
POSTFACH 10 24 64 – 66024 SAARBRÜCKEN  
TEL.: 0681-501-4538 E-MAIL: vertrauensstelle@krebsregister.saarland.de



## ERGÄNZUNG ZU ABSCHNITT C. ANGABEN ZUR MELDEPFLICHTIGEN PERSON

### ANGABEN ZUR MELDENDEN PERSON

C1	C1	
Nachname, akademischer Grad	Vorname/n	
C2	Praxis/Klinik/Abteilung/Station	
C4	C5	C6
Institutionskennzeichen Klinik/Praxis	Lebenslange Arztnummer (LANR)	Betriebsstättennummer (BSNR)
C7	C7	
Straße, Hausnummer	PLZ	
PLZ	Ort	

### ANSPRECHPARTNERIN/ANSPRECHPARTNER FÜR RÜCKFRAGEN

C8	C8	
Nachname, Titel	Vorname/n	
C9	C9	C9
Telefon	Fax	E-Mail

### BANKVERBINDUNG ZUR AUSZAHLUNG DER MELDEGEBÜHR

C10	C10	
Kontoinhaberin/Kontoinhaber (Name, Vorname)		
C10	C10	C10
IBAN		BIC
C10	C10	
Bankinstitut		

### ANMERKUNGEN

C11