

Bitte füllen Sie das Formular in **Großbuchstaben** aus und senden dieses **unterschrieben** an: Zentrales Klinisches Krebsregister M-V, Universitätsmedizin Greifswald, K.d.ö.R., Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald;  
E-Mail: [zkkkr@uni-greifswald.de](mailto:zkkkr@uni-greifswald.de); Fax: 03834-866919

**Melderdaten:**

Nachname

Lebenslange Arztnummer (LAN)

Vorname

Betriebsstättennummer (BSNR)

Titel

Institutionskennzeichen (IK)

Praxis/Abteilung/Station/Klinik

Telefon

E-Mail

Straße und Hausnummer der Praxis

PLZ

Ort

Vorname des Kontoinhabers

Nachname des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum

Unterschrift und Stempel