

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es an Ihre zuständige Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein

(<https://www.aekno.de/aerztekammer/kreisstellen>).

Name des Ausbildungsbetriebes:

Anschrift:

Betriebsnummer (BBNR) der
Ausbildungsstätte:

(gemäß § 18i (1) oder § 18k (1) SGB IV - für das
Meldeverfahren der Sozialversicherungsträger,
wird vom Betriebsnummernservice der Agentur
für Arbeit vergeben) **Hinweis: Nicht die
Betriebsstättennummer (BSNR) der KV!**

verantwortliche/r Ausbilder /in
(Ärztin/Arzt):

Privatanschrift:

E-Mail-Adresse für **Registrierung**

E-Mail-Adresse für
Gebührenbescheide:

(falls abweichend von der
E-Mailadresse für den Account):

Haben Sie bisher ausgebildet?

☐ Ja

☐ Nein

Ort, Datum

(Unterschrift und Stempel des Ausbildungsbetriebes)

Hinweis: Ihre Angaben werden auf Plausibilität überprüft und mit Ihren Stammdaten in der Ärztekammer Nordrhein abgeglichen. Nur bei eindeutiger, widerspruchsfreier Zuordnung, werden Ihnen die Zugangsdaten per E-Mail zugesandt. Informationen zur Datenverarbeitung können Sie der Datenschutzerklärung entnehmen. (<https://mfa.meineaekno.de/datenschutzerklaerung>)