

**Absender**

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom _____
Unser Zeichen _____

Teilnahmeformular – Digitale Briefkommunikation über KIM

Mit diesem Formular registrieren Sie Ihre Einrichtung bei der BARMER für die digitale Briefkommunikation über KIM. Die Teilnahme steht Arztpraxen und anderen Leistungserbringenden offen und setzt bestimmte technische Voraussetzungen voraus.

Teilnahmevoraussetzungen

Bitte stellen Sie sicher, dass folgende Punkte erfüllt sind:

- Im Verzeichnisdienst (VZD) ist nur eine KIM-Adresse für Ihre Einrichtung hinterlegt.
- Ihre KIM-Adresse kann freie Nachrichten empfangen (Kennung: eNachricht).

Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung / Praxis / Organisation:

IK / ärztliche Betriebsstättennummer / Zahnarzt abrechnungsnummer:

KIM-Adresse:

E-Mail-Adresse (für Rückfragen): _____

Bestätigung

Ich bestätige, dass die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind und stimme der Verarbeitung meiner Daten gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen zu.

Ort, Datum

Unterschrift