

Formular

Angabe der Unternehmensstruktur



.....
(Praxisbezeichnung)

.....
(Name, Vorname Inhaber)

.....
(IK der Praxis)

Ich bestätige/Wir bestätigen die folgenden Angaben zur Unternehmensstruktur:

Es handelt sich bei dem o.g. Unternehmen um:

- | | |
|--|---|
| ☐ ein Einzelunternehmen (ein/e Inhaber/in) | ☐ eine GbR (mind. zwei GesellschafterInnen) |
| ☐ eine GmbH | ☐ eine UG |
| ☐ einen Verein | ☐ Sonstiges: |

Wichtig: Bitte verzichten Sie im Folgenden auf die Angabe von Personen inoffizieller interner Vertretungsregelungen wie z.B. angestellten Rezeptionskräften oder Verwandten.

Folgende Personen sind Inhaber / Vertretungsberechtigte (gemäß Vereinsregisterauszug) / Geschäftsführer (gemäß Handelsregisterauszug):

Name, Vorname:, geb. am

Name, Vorname:, geb. am
(Achtung, bei Einzelunternehmen ist nur ein Inhaber möglich.)

Name, Vorname:, geb. am
(Achtung, bei Einzelunternehmen ist nur ein Inhaber möglich.)

Name, Vorname:, geb. am
(Achtung, bei Einzelunternehmen ist nur ein Inhaber möglich.)

Wichtige Information: Bitte beachten Sie, dass die Unterschriften vollständig erbracht werden und mit dem uns vorliegenden PostIdent abgleichbar sein müssen (Personalausweis/Reisepass):

- **Einzelunternehmen** – Inhaber
- **GbR** – alle Gesellschafter
- **Vereine/weitere Geschäftsformen** – Vertretungsberechtigte gem. Handels-/Vereinsregisterauszug

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bitte senden Sie uns dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet per Post (ADH Abrechnungszentrum für Heilmittelbringer GmbH, Postfach 1151, 26851 Papenburg) zurück.