

Rücksendung
per E-Mail: service@pvs-westfalen-sued.de
per Fax: 02303/25555-97

Antrag zur Nutzung von PVScconnect

Ausschließlich vom Leistungserbringer bzw. wirtschaftlich Berechtigten auszufüllen. Für jedes Benutzerkonto ist ein eigener Antrag nötig.

Hiermit beantrage ich

Vorname

Name

Mitgliedsnummer(n) PVS

E-Mail-Adresse

die Einrichtung eines Benutzerkontos zur Nutzung des Online-Portals PVScconnect für

mich selbst

nachfolgend genannte Dritte Person:

Vorname

Name

E-Mail-Adresse

Aus Sicherheitsgründen sollte eine E-Mail-Adresse angegeben werden, die nur von der Person abgerufen werden kann, für die der Zugang eingerichtet werden soll und die eindeutig der Person (z.B. mustermann@dr-mustermann.de) zuzuordnen ist.

Der angelegte Benutzer soll folgende Berechtigung erhalten:

Arzt/Verwaltung
Voll-Zugriff

Klinik-Arzt/Angestellter Arzt
kein Zugriff auf Kontoauszüge und
Buchungsdaten, sonst Voll-Zugriff

MTA/sonstiger Mitarbeiter
nur Übertragung von Abrechnungs-
daten und Postfach-Nutzung

Alle Unterkonten

nur folgende Unterkonten:

Praxis-/Klinikstempel:

Das erstellte Sicherheitszertifikat hat eine Gültigkeitsdauer von 5 Jahren und muss anschließend erneuert werden. Der Antragsteller verpflichtet sich Änderungen, die die Praxis-, Klinik- bzw. Kontenzugehörigkeit betreffen, umgehend bei der PVS anzuzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift wirtschaftlich Berechtigter/Leistungserbringer

Wenn abweichend, Unterschrift Benutzer