



# BMVZ

Bundesverband  
Medizinische  
Versorgungszentren-  
Gesundheitszentren-  
Integrierte Versorgung e.V.

## Abfrage zur Beitragsbemessung Erhebung von Strukturdaten zur Mitgliederverwaltung

### ANGABEN ZUR AUSFÜLLENDEN PERSON

Name ..... Funktion .....

Mailadresse ..... Telefon .....

### ANGABEN ZUM MITGLIED

Name des Mitglieds .....

Anschrift .....

.....

### INFORMATIONEN ZUM TRÄGER

Welche Art von Träger hat die Einrichtung?

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt ☐ Dritte, und zwar .....

Welche Rechtsform hat das MVZ?

☐ Einzelunternehmen ☐ GmbH ☐ andere, und zwar .....  
☐ Genossenschaft ☐ gGmbH  
☐ AG ☐ GbR

Gehört das MVZ zu einem Trägerverbund?

☐ Nein ☐ Ja, insgesamt gehören ☐ ☐ MVZ (nur Hauptbetriebsstätten) zum Trägerverbund.

Falls es sich in Ihrem Fall um einen Verbund aus mehreren MVZ handelt, beziehen sich alle nachfolgenden

Auskünfte auf ☐ das größte MVZ des Verbundes  
☐ auf alle MVZ des Verbundes zusammen

### STRUKTURDATEN DES MVZ

In dem MVZ waren zum Stichtag 1. Juli 2019 auf

☐ ☐ Zulassungen (= Anzahl Sitze der Einrichtung(en)

☐ ☐ ☐ Ärzte (= Anzahl der auf diesen Sitzen tätigen Ärzte/PPs) beschäftigt.

Das MVZ umfasste zum Stichtag ☐ ☐ Arztgruppen  
(Internisten bitte ggf. einzeln zählen.)

Das MVZ verfügte zum Stichtag über ☐ ☐ Zweigstellen.

**Bundesverband MVZ**  
Registernummer: VR 27509  
Steuernummer: 27/657/52379  
**Bundesgeschäftsstelle - Kontakt**  
Telefon: 030 - 270 159 50  
Fax: 030 - 270 159 49  
Mail: buero@bmvez.de

BMVZ e.V.  
Schumannstr. 18  
10117 Berlin

AUGUST 2019

.....  
Datum

.....  
Unterschrift