

Meldung zur Teilnahme an ELGA ELGA GDA

Meldende Stelle	
Versicherungsträger	
Bearbeiter	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Meldungsdatum <small>(TT/MM/JJJJ)</small>	. . .

e-card Ausstattungsinformationen zur ausschließlichen Verwendung von ELGA
<i>Dieses Formular ist nur für Gesundheitsdiensteanbieter, die lt. Gesundheitstelematikgesetz 2012 (4. Abschnitt) zur Verwendung von ELGA Daten ermächtigt sind, auszufüllen, sofern diese nicht aufgrund eines Vertragsverhältnisses mit der Sozialversicherung zur e-card Verwendungen vorgesehen sind.</i>

ZPV Stammdaten	
LENR	
VPNR	
Vertragsfachgebiet	
Vorname	
Familiename/ Organisationsname	
Anschrift <small>zur Ausstattung mit dem e-card System</small>	PLZ: Ort: Straße: Hausnummer: Stock/Tür:
Bemerkungen:	

Alle Felder sind auszufüllen, da sonst eine sachgemäße Bearbeitung nicht möglich ist.

Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger
Kundmangasse 21, 1030 Wien

Meldung an:

Vertragspartnerservice
Tel.: (01) 71132 – 4129

mailto: vertragspartner-service@sozialversicherung.at