# Der Erweiterte Landesausschuss in Mecklenburg-Vorpommern

## Einverständniserklärung

## zur Weitergabe von Informationen an die ASV-Servicestelle zur Teilnahmeberechtigung für die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V

☐ Als Teamleiter:

_____

*(Name, Vorname vollständige Anschrift)*

gebe ich stellvertretend für das gesamte interdisziplinäre Team folgende Erklärung ab:

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass der Erweiterte Landesausschuss Mecklenburg-Vorpommern die erforderlichen Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben darf (§ 5 ASV-AV)

_____

Ort, Datum Stempel / Unterschrift