Antragsformular SMC-B-Karte

	Ihre Daten
Anrede	
Titel	
Vorname	
Nachname	
Anschriftenzusatz	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Land	DE
Staatsangehörigkeit	
Abrechnungsnummer	*Wird von der KZV Hessen eingepflegt*
Praxisname	
Anschriftenzusatz	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Land	DE

Auswahl Trust Service Provider (TSP)

☐ **Bundesdruckerei**
Link zu Bestell- und Preisinformationen des Anbieters:
https://www.bundesdruckerei.de/de/system/files/dokumente/pdf/Preisinformation_SMC-B.pdf

☐ **T-Systems**
Link zu Bestell- und Preisinformationen des Anbieters:
http://www.telekom.de/telematikinfrastruktur/smc-b-fuer-aerzte

☐ **medisign**
Link zu Bestell- und Preisinformationen des Anbieters:
https://www.smc-b.de/

☐ Hiermit bestätige ich, dass in der Praxis, für die eine oder mehrere SMC-Bs beantragt werden, mindestens ein Zahnarzt / eine Zahnärztin tätig ist, der/die Inhaber eines gültigen elektronischen Zahnarztausweises (eZAA) ist.

☐ Hiermit bestätige ich, dass in der Praxis, für die eine oder mehrere SMC-Bs beantragt werden, mindestens ein elektronischer Zahnarztausweis (eZAA) durch eine(n) dort tätige(n) Zahnarzt/Zahnärztin der Praxis beantragt wurde.
Die Bestellung erfolgte am ……

Für den Fall, dass die oben erklärte Voraussetzung für die Beantragung der SMC-B(s) entfallen sollte, verpflichte ich mich, die KZV Hessen darüber in Kenntnis zu setzen. Die KZV ist in diesem Fall berechtigt, die beantragte(n) SMC-B(s) zu sperren.

Ort, Datum

Unterschrift

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Abt. Informationstechnologie
Lyoner Straße 21
60528 Frankfurt am Main