

Antragsformular SMC-B-Karte

	Ihre Daten
Anrede	
Titel	
Vorname	
Nachname	
Anschriftenzusatz	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Land	
Staatsangehörigkeit	
Abrechnungsnummer	<i>wird von der KZV Hessen eingepflegt</i>
Praxisname	Zahnarztpraxis
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-aerzt\(e\)](http://www.telekom.de/telematikinfrastruktur/smc-b-fuer-aerzt(e)))

Medisign (Link zu Bestell- und Preisinformationen des Anbieters:
<https://www.smc-b.de/>)

Hiermit stimme ich den Antrags-, Nutzungs- und Sperrregeln für den Wirkbetrieb zu

Hiermit stimme ich der Übertragung meiner Daten an den von mir ausgewählten Trust Service Provider (TSP) zu.

Ort, Datum

Unterschrift

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