

**Deklaration**  
**betreffend die Zulassung einer Institution**  
**zur Abrechnung von ambulanten neuropsychologischen Leistungen**

(Diese Deklaration ist einmal pro Jahr dem PVK-Sekretariat einzureichen)

<b>Name und Adresse der Institution : (Spital, Institut, Praxis)</b>	
Name der Institution	
Strasse:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

<b>Angaben über die Person(en) mit Zulassung zur Abrechnung von neuropsychologischen Leistungen</b> (Bei unveränderter Situation gegenüber der letzten Erfassung sind keine Diplome beizulegen)		
Name/Vorname	Fachausweis (Bitte Dokumente beilegen)	Stellenprozent

Ort, Datum:

Unterschrift der verantwortlichen  
Fachperson der Institution:

**Zustelladresse:**  
Bundesamt für Sozialversicherung  
Geschäftsfeld Invalidenversicherung  
PVK-Neuropsychologie  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern