

Mutationsformular

Deklaration von neuen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen oder geänderten Anstellungsverhältnissen in einer Institution, die zur Abrechnung von ambulanten neuropsychologischen Leistungen gemäss Tarifvertrag H+/SVNP - UV/MV/IV vom 31. Dezember 2003 bereits anerkannt ist

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

Angaben über die Mutationen: Person(en) mit Zulassung zur Abrechnung von neuropsychologischen Leistungen		
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