

## Anlage 5

### Antrag auf Vergabe einer SAPV-spezifischen Betriebsstättennummer für Leistungserbringer nach § 132 d Abs. 1 SGB V

#### Leistungserbringer nach § 132 d Abs. 1 SGB V

Name: .....  
Ansprechpartner: .....  
Anschrift: .....  
.....  
Telefon: .....  
Fax: .....  
E-Mail: .....  
Vertragsbeginn: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Leistungserbringers

#### Bescheinigung der Antragsberechtigung

Krankenkasse: .....  
Name des Ansprechpartners: .....  
Anschrift: .....  
.....  
Telefon: .....  
Fax: .....  
E-Mail: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Krankenkasse

.....  
Stempel der Krankenkasse