

ePVS ➤ Zugangsberechtigungen für das Kundenportal

Praxis/Klinik/Fachabteilung Ggf. Praxisstempel	
Abrechnungskonto/-en der PVS Bitte zwingend Nummer angeben, für welche Abrechnungskonten der Zugang berechtigt ist.	

Zugangsberechtigte/r

Herr Frau Titel: _____ Name:* _____ Vorname:* _____

Position in der Praxis/Klinik:* _____ E-Mail:* _____

Adresse für den Postversand der Zugangsdaten: _____
(falls abweichend von Praxis-/Klinikanschrift)

Bitte wählen Sie für diesen Zugang **eine** Rolle aus:
(Berechtigungen sind vordefiniert)

Rolle/Berechtigung	PAD	Finanzen			Rechnungsübersicht				Standard		
	PAD Upload	Finanzauskunft	Monatsübersicht	Kontoauszug (Download)	Rechn.-ausgänge	Rechnungssuche	Rechnungsdetails	Rechn.o.Freigabe	Downloads (Dokumente)	Einstellungen	Postbox
<input type="checkbox"/> Vollzugriff (z.B. Arzt)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> PAD Upload	X								X	X	X
<input type="checkbox"/> MFA	X					X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> Praxismanager	X				X	X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> Finanzcontroller		X	X	X	X			X	X	X	X
<input type="checkbox"/> Steuerberater		X	X							X	X
<input type="checkbox"/> Postbox									X	X	X

*Pflichtfeld – zwingend anzugeben

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Zugangsformular unterschrieben per Fax an die Faxnummer: **0711-7191581**.
 Sie benötigen mehr als einen Zugang? Dann kopieren Sie bitte dieses Formular und senden uns alle Seiten zu. Vielen Dank.

Datum

Stempel, Unterschrift (Unterschrift **aller** Gesellschafter erforderlich)

Name in Druckbuchstaben