

ePVS ➤ Zugangsberechtigungen für das Kundenportal

| | |
|--|--|
| Praxis/Klinik/Fachabteilung Ggf. Praxisstempel | |
| Abrechnungskontonummer/n Bitte zwingend angeben, für welche Konten der Zugang berechtigt ist. | |

Zugangsberechtigte/r

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

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

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

Bitte wählen Sie je Zugang **eine** Rolle aus und geben an, für welches Konto/Konten diese Berechtigung gelten soll:
(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 |
| <input type="checkbox"/> Vollzugriff (z.B. Arzt) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| <input type="checkbox"/> PAD Upload | X | | | | | | | | X | X |
| <input type="checkbox"/> MFA | X | | | | | X | X | X | X | X |
| <input type="checkbox"/> Praxismanager | X | | | | X | X | X | X | X | X |
| <input type="checkbox"/> Finanzcontroller | | X | X | X | X | | | X | X | X |
| <input type="checkbox"/> Steuerberater | | 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