Anmeldung zum Verfahren

Leistungsklassifikation beruflicher Rehabilitation (LBR)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Organisation**  | **Pflichtfeld**  |  |
| Institutionskennzeichen  | Ja  |   |
| Name der Organisation  | Ja  |   |
| Namenszusatz  | Nein  |   |
| Straße  | Nein  |   |
| Hausnummer  | Nein  |   |
| Postleitzahl  | Ja  |   |
| Ort  | Ja  |   |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zum Administrator**  | **Pflichtfeld**  |  |
| Anrede Administrator  | Ja  |   |
| Titel Administrator  | Nein  |   |
| Namenszusatz Administrator  | Nein  |   |
| Name Administrator  | Ja  |   |
| Vorname Administrator  | Ja  |   |
| Geburtsdatum Administrator  | Ja  |   |
| Telefonnummer Administrator  | Ja  |   |
| Faxnummer Administrator  | Nein  |   |
| E-Mail Administrator  | Ja  |   |

Die Meldung soll erfolgen:

* im Webformular
* im XML-Verfahren im Rahmen des eXTra-Verfahrens

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Ort, Datum  | Unterschrift des Vorgesetzten  |
|   | Stempel der Organisation / Name in Klarschrift  |

Bitte ausgefüllt zurück an Fax-Nr.: (030) 865 79 410 73, an die E-Mailadresse: Reha-QS-LTA@drv-bund.de oder per Post an Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich 0430, R 4109, 10704 Berlin