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