



Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa Allee 90
60486 Frankfurt
AKK-Aerzte@kvhessen.de

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Name: _____

Praxisanschrift: _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

Ab (Datum des Schreibens): _____

Name des Ärztlichen Bereitschaftsdienst:



Die Vergütung für die Bereitschaftsdiensttätigkeit soll auf folgendes Konto vorgenommen werden:

Kontoinhaber _____

Geldinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

(Datum)

(Unterschrift d. Ärztin/Arztes)