



Bitte das Formular über das Drucker-
Symbol als **neues** PDF-Dokument
abspeichern, um eine nachträgliche
Veränderung der Daten zu verhindern.

Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Finanzen & Controlling
Europa Allee 90
60486 Frankfurt

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Name, Vorname: _____

ÄBD-Betriebsstättennummer (**ÄBD-BSNR**): _____

Name des Ärztlichen Bereitschaftsdienst: _____



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

Kontoinhaber _____

Geldinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

(Datum)

(Unterschrift d. Ärztin/Arztes)