



Zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst mache ich folgende Angaben zu meiner Person:

Titel: **LANR**

Name: **BSNR**

Vorname: **HNR**

Geburtsdatum: (wird von der KV eingetragen)

Geburtsort:

Dienstanschrift (bei angestellten Ärzten Name der Einrichtung, der Arztpraxis)

Stadt/Landkreis Ort

Postleitzahl Str./Nr.

Telefon

Privatanschrift

Postleitzahl Ort

Str./Nr. Telefon

Fax: eMail:

Honoraranschrift/Postanschrift

Postleitzahl Ort

Str./Nr. Telefon

persönliche Bankverbindung

Name der Bank IBAN

BIC

Name des Bereitschaftsdienstbereiches:

Angabe Telefonnummer auf dem Abrechnungstempel:
(Pflichtfeld)

Datum/Unterschrift