



BITTE ZURÜCKSENDEN an:
Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztkontokorrent
Masurenallee 6 A
14057 Berlin
Fax-Nr. 030 310 03 - 50380

Praxisstempel

Bedarfsmeldung

Für die Berechnung und Zahlung von monatlichen Abschlägen

Name des Arztes: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):
(ersatzweise Stempelnummer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bedarf an Dauerkathetern und Katheterventilen

			Anzahl pro Quartal
SNR 99700	Suprapubische Katheter (Silikon)	22,00 €	-----
SNR 99701	Transurethrale Katheter (Silikon)	17,50 €	-----
SNR 99702	Transurethrale Katheter (Latex)	4,00 €	-----
SNR 99703	Katheterventile	17,50 €	-----

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung