

Vertragsarztstempel/Stempelnummer:

An die  
Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Fax: 31003 - 799  
Tel.: 31003 - 236

## ANTRAG AUF VERGÜTUNG FÜR FAMULI

**Bitte deutlich und vollständig ausfüllen!**  
**Nicht vollständig ausgefüllte Anträge können nicht berücksichtigt werden!**

Name, Vorname der Famula/des Famulus:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/ Stadt:

\_\_\_\_\_  
Genauer Beschäftigungszeitraum: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Universität/ Ort:

**Für Studienplätze außerhalb Berlins, bitte immer einen Nachweis über die vorlesungsfreie Zeit beifügen, sonst ist eine Bearbeitung nicht möglich!**

Quittung der Famula/des Famulus  
Ich habe den o. g. Betrag erhalten:

EUR \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift:

oder:

Kopie des Kontoauszuges (Bank oder Postbank) liegt bei.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Datum/ Unterschrift des Vertragsarztes:

Vertragsarztstempel/Stempelnummer: \_\_\_\_\_