

Faxnummer: 31 00 3-50380

Praxisstempel: ↓

An die
Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Masurenallee 6A

14057 Berlin

Fragebogen

Sprechzeiten vom 18.04.2014 - 21.04.2014 (Osterfeiertage)

Name, Vorname: _____

BSNR: _____

Telefon-Nr.: _____

Datum	Vormittag	Nachmittag/Abend
Fr., 18.04.14	von: bis:	von: bis:
Sa., 19.04.14	von: bis:	von: bis:
So., 20.04.14	von: bis:	von: bis:
Mo., 21.04.14	von: bis:	von: bis:

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen!

Datum: _____

Unterschrift: _____