



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Büro ÄBD
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage über die Bereitschaftsdienstkommission die Verlängerung der Teilnahme am fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst bis zum _____.

Titel:

Name:

Vorname:

Fachgebiet:

Mir ist bekannt, dass ich keinen Anspruch auf eine Zuteilung von Diensten habe.
Ich versichere ausdrücklich meine Bereitschaft auch zur Übernahme von Nachtdiensten.

Mit freundlichen Grüßen

Stempel und Unterschrift