



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

E-Mail: arztregister@kvberlin.de

**Diese Erklärung kann nur für die Vergangenheit ausgefüllt werden.
Bei jahresübergreifender Förderung bitte 2x einreichen (bis 31.12./ab 01.01.).**

Hiermit erkläre ich, die von der KV Berlin erhaltenen Fördermittel über den Zeitraum
vom _____ bis zum _____ in vollem Umfang
an Frau/Herrn _____ (Ärztin/Arzt in Weiterbildung) weitergegeben zu haben.

Antragsteller (bei angestelltem Weiterbilder ist dies der Arbeitgeber; im MVZ der ärztl. Leiter)

Titel, Name, Vorname _____
Betriebsstättennummer 72 _____
Name der Betriebsstätte _____

Bei erfolgter Entgeltfortzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit ist die 2. Seite des Formulars vom Steuerbüro ausgefüllt einzureichen. Es erfolgt eine Anpassung des Gesamtförderbetrags.

Bei Anpassung des Förderbetrags aufgrund erhaltener Erstattung von der Umlagekasse oder Unterbrechung der Beschäftigung bei Krankengeldbezug stimme ich zu, (nichtzutreffendes bitte streichen)

- dass ich den in Höhe der Erstattung zu viel gezahlten Förderbetrag auf untenstehendes Konto an die KV Berlin zurückzahle.
- dass die KV Berlin mein Honorarkonto mit dem entsprechenden Differenzbetrag belastet.

Hiermit wird bestätigt, dass ein **Gesamtbrutto** (Summe der mtl. Bruttobeträge) **für den oben benannten Weiterbildungsabschnitt** i.H.v. € _____ an die Ärztin/ den Arzt in Weiterbildung ausgezahlt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift **Vertragsarzt / MVZ-Vertretungsberechtigter & Praxisstempel**



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

E-Mail: arztregister@kvberlin.de

Diese Erklärung ist nur für die Vergangenheit auszufüllen, soweit eine Entgeltfortzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit erfolgte.

Steuerbüro des Antragstellers

Name _____

Anschrift _____

Daten des Mandanten (Antragstellender niedergelassener Arzt bzw. MVZ)

Titel, Name, Vorname _____

Betriebsstättennummer **72** _____

Name der Betriebsstätte _____

Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Titel, Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Zeitraum der Beschäftigung vom _____ bis _____

Die regelmäßige Auszahlung des Gehalts an die/den in der Praxis der Mandantschaft angestellte(n) Ärztin/Arzt in Weiterbildung wird bestätigt. Es wurde ein **Gesamtbrutto für den oben benannten Abschnitt**

i.H.v. von € _____ an der Ärztin/den Arzt in Weiterbildung ausgezahlt.

Bei erfolgter Entgeltfortzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit ist eine Kopie der Abrechnung mit der Umlagekasse über die Höhe der Erstattung der Entgeltfortzahlung im Rahmen der U1 (Aufwendungsausgleichsgesetz -AAG) einzureichen.

Eine Kopie der Abrechnung mit der Umlagekasse

- liegt der Erklärung bei.
- liegt der Erklärung nicht bei, weil _____

Ort, Datum

Unterschrift **Steuerbüro & Bürostempel**