

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Vertragsarztstempel mit der BSNR

E-Mail: famulaturen@kvberlin.de

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und lesbar (Blockschrift) aus. Nicht vollständig ausgefüllte Anträge können nicht berücksichtigt werden.

Name, Vorname der Famula/des Famulus _____

Straße _____

PLZ/Stadt _____

Genauer Beschäftigungszeitraum vom: _____ bis: _____

Universität/Ort der Universität _____

Für Studienplätze außerhalb Berlins, bitte immer einen Nachweis über die vorlesungsfreie Zeit beifügen, da sonst eine Bearbeitung nicht erfolgen kann (bitte in Textform und nicht als Kalenderübersicht).

Quittung der Famula/des Famulus

Ich habe den folgenden Betrag erhalten:	
EUR	_____
Datum	Unterschrift

oder

Kopie des Kontoauszuges (Bank oder Postbank) liegt bei.

Ort, Datum

Stempel mit BSNR & Unterschrift des Vertragsarztes