



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Vertragsarztstempel mit der BSNR

Fax: 030 / 31 003-50799

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.

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