

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztkontokorrent
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Bedarfsmeldung

Für die Berechnung und Zahlung von monatlichen Abschlägen

Name des Arztes: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)
(ersatzweise Stempelnummer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bedarf an Dauerkathetern und Katheterventilen

			Anzahl pro Quartal
SNR 99700	Suprapubische Katheter (Silikon)	22,00 €	_____
SNR 99701	Transurethrale Katheter (Silikon)	17,50 €	_____
SNR 99702	Transurethrale Katheter (Latex)	4,00 €	_____
SNR 99703	Katheterventile	17,50 €	_____

Berlin, den _____

Unterschrift + Arztstempel

Unterschrift Leiter der Einrichtung