



Bitte bei Bedarf ausgefüllt zurück an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa Allee 90
60486 Frankfurt
arztregister@kvhessen.de
Fax: 069 24741- 68846

**Hinterlegung einer Abrechnungsanschrift für die BSNR im Ärztlichen
Bereitschaftsdienst**

BSNR: _____

Name: _____



Honorarunterlagen für die Tätigkeit im ÄBD werden an die Privatanschrift versendet.
Falls gewünscht, kann zusätzlich eine Abrechnungsanschrift hinterlegt werden:

Abrechnungsanschrift:

Praxisname

Name

Ansprechpartner oder Adresszusatz (sofern vorhanden)

Straße

PLZ und Ort
