

Absender:

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Zu senden an:

**Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Abteilung Qualitäts- und Ordnungsmanagement
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg**

Per Fax: 0391 627- 8436

ABRECHNUNGSBOGEN
Einsatz im Rahmen der Impfungen gegen das Corona-Virus

Monat/Jahr: _____

Ich rechne meinen Einsatz als Impfarzt und gegebenenfalls den Einsatz meines nichtärztlichen Praxispersonals wie folgt ab:

Datum	Uhrzeit		Name der Einrichtung (Pflegeeinrichtung, ...)	Impfzentrum (Standort)	Einsatz Praxis- personal Ja/nein	Zu dem Einsatz hat mich/haben mich folgende Mitarbeiter/in/nen begleitet	
	von	bis				Name	Vorname

Datum	Uhrzeit		Name der Einrichtung (Pflegeeinrichtung, ...)	Impfzentrum (Standort)	Einsatz Praxis- personal	Zu dem Einsatz hat mich/haben mich folgende Mitarbeiter/in/nen begleitet	
	von	bis				Name	Vorname

Ich bitte um Überweisung des Betrages auf folgendes Konto:

Kontoinhaber (falls abweichend vom Absender): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Die von mir angegebenen Zeiten entsprechen den tatsächlichen Einsatzzeiten. Die Einsätze wurden vorab mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgestimmt. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift, ggfs. Stempel