

**BOSCH****BKK****MEDI****VERBUND**
AKTIENGESELLSCHAFT

Bosch BKK
VMA2
Kruppstraße 19
70469 Stuttgart

**Einzureichen nach der
Bestätigung Ihrer
Vertragsteilnahme durch
MEDIVERBUND direkt bei
der Bosch BKK**

Fax Nr. 089 / 51999-2504

Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Fachärzteverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK

Bitte überweisen Sie die Vergütung für den Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK i.H.v. 300,00 € gemäß der zwischen der Bosch BKK und meinem Fachärzteverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/unser nachfolgendes Konto.

Facharztvertrag

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Gastroenterologie | ☐ Kardiologie | ☐ Orthopädie | ☐ Pneumologie |
| ☐ PNP | ☐ Rheumatologie | ☐ Urologie | |

IBAN _____

Kontoinhaber _____

BIC _____

Bank _____

Datum, Praxisstempel und Unterschrift: