



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Antrag auf Gewährung von Überbrückungsgeld

Hiermit beantrage ich _____ (Name, Vorname Antragsteller/in) Überbrückungsgeld für die
Beschäftigung von _____ (Name, Vorname Entlastungsassistent/in) als
Entlastungsassistent/in.

Dem Antrag beizufügen:

- Kopie des Arbeitsvertrages
- Kopie der Facharztanerkennung

Die Zuwendung wird auf das folgende Konto überwiesen:

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber:
(bei Abweichungen zum Antragsteller)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
(Arztstempel)