

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich

Qualitätssicherung / Sicherstellung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

E-Mail: arzt-werden@kvbb.de

Fax: 0331 - 2309533

Antrag auf Gewährung von Überbrückungsgeld

Hiermit beantrage ich _____ Überbrückungsgeld für die
(Name, Vorname Antragsteller/in)

Beschäftigung von _____ als Entlastungsassistent/in.
(Name, Vorname Entlastungsassistent/in)

Dem Antrag ist beizufügen:

- ☐ Kopie des Arbeitsvertrages
- ☐ Kopie der Facharztanerkennung
- ☐ Die Eintragung in das Arztregister wurde am _____ beantragt.
- ☐ Der Antrag beim Zulassungsausschuss auf Zulassung/Anstellung wurde am _____ gestellt.

Achtung! Ab dem 01.01.2027 erfolgt die Auszahlung automatisch auf das Honorarkonto!

Die Zuwendung wird auf das folgende Konto überwiesen:

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____
(bei Abweichungen zum Antragsteller)

Ort, Datum

Unterschrift
(Arztstempel)