



**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 \_\_\_\_\_ 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.

### Die Zuwendung wird auf das folgende Konto überwiesen:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
(bei Abweichungen zum Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(Arztstempel)