

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Vertragsarztstempel mit der BSNR

Fax: 030 / 31 003-50799

E-Mail: [famulaturen@kvberlin.de](mailto:famulaturen@kvberlin.de)

**Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und lesbar (Blockschrift) aus. Nicht vollständig ausgefüllte Anträge können nicht berücksichtigt werden.**

Name, Vorname der  
Famula/des Famulus

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ/Stadt

\_\_\_\_\_

Genauer  
Beschäftigungszeitraum

vom:

bis:

\_\_\_\_\_

Universität/Ort der  
Universität

\_\_\_\_\_

**Für Studienplätze außerhalb Berlins, bitte immer einen Nachweis über die vorlesungsfreie Zeit beifügen, da sonst eine Bearbeitung nicht erfolgen kann (bitte in Textform und nicht als Kalenderübersicht).**

#### Quittung der Famula/des Famulus

Ich habe den folgenden Betrag erhalten:	
EUR	_____
Datum	Unterschrift

oder

Kopie des Kontoauszuges (Bank oder Postbank) liegt bei.

Ort, Datum

Stempel mit BSNR & Unterschrift des Vertragsarztes