

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Rechnungswesen
Zum Hospitalgraben 8

99425 Weimar

FAX 03643 559-291
Mail: buchhaltung@kvt.de

R Ü C K M E L D U N G

Erklärung zur Zahl der Behandlungsfälle

Ich versichere, dass im Monat insgesamt

..... Behandlungsfälle in meiner Praxis eingegangen sind.

Mir ist bekannt, dass diese Meldung bis zum 3. Werktag des darauf folgenden Monats in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vorliegen muss, da sonst **keine** Abschlagszahlung erfolgen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel