

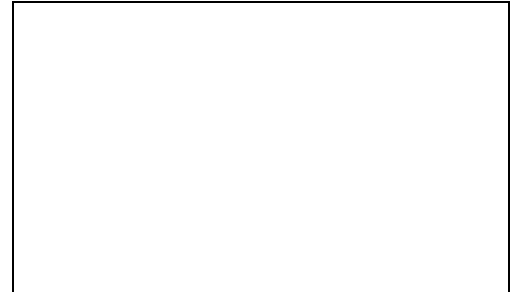
■ **FORMULAR**

KV RLP | HV MAINZ | POSTFACH 2567 | 55015 MAINZ

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax 06131 326-327



**Antrag auf Anerkennung der Abrechnung
von verhaltenspräventiven Maßnahmen
nach dem Vertrag über die kurärztliche
Behandlung (Kurarztvertrag) vom
1. Juli 2013**



Stempel

Personalien

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Praxisanschrift

Bescheinigung* über die Fortbildungsveranstaltung in der Zeit

von

bis

Ich bestätige, dass ich die Leistungen gemäß dem Kurarztvertrag und den Richtlinien ausführen werde.

Datum

Unterschrift

* Fotokopie bitte beifügen