

# DATENBLATT

## zur Dienstleistungsvereinbarung

|      |         |        |
|------|---------|--------|
| Name | Vorname | Titel. |
|------|---------|--------|

|   |
|---|
| Anschrift der Praxis (ggf. Praxisstempel) |
|---|

|         |     |       |
|---------|-----|-------|
| Telefon | Fax | eMail |
|---------|-----|-------|

|                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Betriebsstättennummer | Institutionskennzeichen (IK-Nummer) |
|-----------------------|-------------------------------------|

|                           |           |     |
|---------------------------|-----------|-----|
| Bankverbindung / Institut | Konto-Nr. | BLZ |
|---------------------------|-----------|-----|

|                |
|----------------|
| Praxissoftware |
|----------------|

|                |    |    |    |    |    |    |        |
|----------------|----|----|----|----|----|----|--------|
| Öffnungszeiten | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | Sonst. |
|----------------|----|----|----|----|----|----|--------|

|                  |         |       |                       |  |  |  |  |
|------------------|---------|-------|-----------------------|--|--|--|--|
| Ärzte der Praxis |         |       |                       |  |  |  |  |
| Name             | Vorname | Titel | Lebenslange Arzt-Nr.: |  |  |  |  |

Ich/Wir bin/sind im Rahmen der IV-Verträge für Ärzte der folgenden Verbände tätig:

- Augen-Verbund-Berlin e.V.                       Chirurgisch/Orthopädischer-Verbund-Berlin e.V.  
 Gyn-Verbund-Berlin e. V.                       HNO-Verbund-Berlin e. V.

Die laut Dienstleistungsvereinbarung laufende monatliche Kostenpauschale beträgt 15,-€ je Praxis zzgl. gesetzl. geltender Mehrwertsteuer 19% 2,85 €

Die Zahlungen sind auf das Konto der Auftragnehmerin Irene Kutza, Kto.-Nr. 0136175200, BLZ 12080000, bei der Dresdner Bank Berlin, zu leisten.

Die Zahlung erfolgt:     monatlich (17,85 €)     halbjährl. (107,10 €)     jährlich (214,20 €)

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Auftraggeber (Praxis)

**Datenblatt bitte faxen an I. Kutza Fax : 030 / 65 66 77 89**