



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Büro NDP
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage über die Bereitschaftsdienstkommission die Verlängerung der Teilnahme am kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst bis zum _____.

Titel:

Name:

Vorname:

Fachgebiet:

Mit freundlichen Grüßen

Stempel und Unterschrift