Bitte per
- **Fax an: +49 (0) 5 21. 48 951 - 22 oder**
- **Post an:**

facharzt agentur®

FreeCall: 0800 - 20 20 30 2

FAA-Facharztagentur GmbH
Postfach 101109
33511 Bielefeld

Vertretungsnummer

Wird von FAA ausgefüllt.

Abrechnungsbogen Honorarvertretung

Honorarvertreter: _____

FAA ID Nr.*: _____

Klinik: _____

K-ID-Nr.*: _____

*Wird von FAA ausgefüllt.

Bitte rechnen Sie in meinem Namen und Auftrag die folgende Honorarvertretung ab:
(bitte zutreffendes ankreuzen)

◯ Tagesdienst ◯ Bereitschaftsdienst ◯ Rufbereitschaftsdienst

Datum	Wochen-tag	Tagdienst von – bis	Pause (Dauer)	Stunden (netto)	Dienstart BD / RBD	Dienst von – bis	Inanspruchnahme im Rufbereitschaftsdienst	Stunden

Datum, Unterschrift des Honorarvertreters

für die Richtigkeit

FormVBe050105A