

PIKETTENTSCHÄDIGUNG PSYCHIATRISCHER DIENST (angestellt)

PERSONALIEN

Vorname / Name:

E-Mail Dienstarzt:

Praxisname

Praxisadresse (Strasse):

Praxisadresse (PLZ und Ort):

E-Mail Praxis:

NOTFALLDIENST

Datum des Dienstes:

BANKVERBINDUNG (bitte Konto von Praxis/Institut angeben)

IBAN-Nr.:

Bankname:

PLZ und Ort:

Lautend auf:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Mit Ihrer Unterschrift bezeugen Sie die Richtigkeit der oben eingetragenen Angaben.

Bitte beachten Sie, dass die Pikettentschädigung innerhalb von 30 Tagen geltend gemacht werden muss. Anträge, welche verspätet eintreffen, können nicht berücksichtigt werden.

Voraussetzung für die Auszahlung der Pikettentschädigung ist zudem, dass Sie während dem ganzen Dienst erreichbar sind und sich bei verpassten Anrufen vom AeF innerhalb von 15 Minuten unter 058 400 99 44 zurück melden.