

## Mobile Impfteams - Abrechnung geleisteter Stunden

Impfende/r Arzt/Ärztin	
Vorname:	Nachname:
Titel:	LANR:
Private Anschrift	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:
Einsatzort	
Name der Einrichtung:	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:
Einsatzdatum: _____._____.2021	Einsatzzeit: _____ Uhr bis _____ Uhr
Anzahl eigene MFA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Bestätigung der Einrichtung oder des Teamleiters des mobilen Impf-Teams:	
_____	
Datum, Unterschrift	Stempel
Bankverbindung	
IBAN: DE _____	
BIC:	
Kreditinstitut:	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift impfende/r Arzt/Ärztin