NACHWEIS FÜR ZWISCHENABRECHNUNGEN GENEHMIGTER SERIENFAHRTEN

Name, Firmenbezeichnung:.....
PLZ, Ort:.....
Straße, Hausnummer:.....
Institutionskennzeichen –IK:.....

Verordnung Krankenbeförderung vom:.....

Zeitraum der Serienverordnung:.....

Name, Vorname des Versicherten:.....
Versicherten-Nr.:.....

Datum	Fahrstrecke	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Wartezeit	Bestätigung Wartezeit durch Einrichtung	Unterschrift des Versicherten