

Kostenerstattung für die Beschaffung von Schutzausrüstung über den Sprechstundenbedarf im Bundesland Hamburg

Bitte ausfüllen und ausgedruckt mit den Rechnungen und Lieferscheinen im Original einsenden an (geeignet für Fensterumschlag):



innovativ.
flexibel.
zuverlässig.

Rezeptprüfstelle Duderstadt GmbH
Sprechstundenbedarf Hamburg
Adenauerring 25
37115 Duderstadt

Angaben zur Betriebsstätte und zum Arzt

Betriebsstättennummer: _____

Name der Betriebsstätte: _____

Name des Arztes: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Kontoverbindung für die Kostenerstattung

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____



Angaben zur eingereichten Rechnung

Anzahl Rechnungen: _____ Gesamtbetrag: _____ €

Die Rechnung(en) wurde(n) von mir in voller Höhe bezahlt.

Mir wurde ein zusätzlicher Nachlass in Höhe von _____ € gewährt.

Ich bestätige, die Lieferung von Schutzausrüstung der im Original beigefügte(n) Rechnung(en) und Lieferschein(e) vollständig erhalten zu haben. Der Zustand der Ware ist einwandfrei und eignet sich für den beabsichtigten Einsatzbereich.

Zur erstattungsfähigen Schutzausrüstung zählen Mund-Nasen-Schutz (OP-Masken), FFP2 Masken, FFP3 Masken (soweit für die vertragsärztliche Versorgung zwingend benötigt), Einmalschutzkittel und Schutzbrillen.

Eine Kostenerstattung ist grundsätzlich für Rechnungen mit einem Lieferdatum im Zeitraum 01.03.2020 bis 31.05.2020 möglich. Lieferungen nach dem 31.05.2020 werden akzeptiert, sofern die Bestellung noch im erstattungsfähigen Zeitraum erfolgte.

Die Kostenerstattung erfolgt vorbehaltlich einer Prüfung auf Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit.

Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____