

Abrechnung individueller Gesundheitsleistungen über die PVS

Name: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Bitte vor Einsendung
der ersten Probe
ausgefüllt an die PVS faxen:

Fax: 030 - 312 10 20

und der PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG (nachfolgend „PVS“ genannt).

Entstehende Bearbeitungsgebühren werden vom IFLb übernommen.

Die Beträge sollen von der PVS auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes / der Praxisinhaber

Praxisstempel

IFLb

IFLb LABORATORIUMSMEDIZIN BERLIN GMBH

IFLb Laboratoriumsmedizin Berlin GmbH

IFLb MVZ

Geschäftsführer: Dr. med. Roman M. Skoblo
FA für Laboratoriumsmedizin

Windscheidstraße 18
10627 Berlin

www.iflb.de

Tel.: +49 (0) 30 327 903 - 0
Fax: +49 (0) 30 327 903 -90
E-Mail: info@iflb.de

Das Labor.