

Rechnungssteller/in

Name und Anschrift, Telefon und Faxnummer
der Ärztin / des Arztes (*bitte leserlich schreiben*):

[Redacted address fields]

Aktenzeichen des Gericht:

S [Redacted]

Rechtsstreit:

[Redacted]

Sozialgericht Fulda
Am Hopfengarten 3
36037 Fulda

Antrag nach § 10 Abs. 1 i.V.m. der Anlage 2 JVEG:

auf die Feststellung der Entschädigung von Amts wegen
(Bankverbindung und Unterschrift nicht vergessen!)

oder

auf die Feststellung folgender Entschädigung:

Für die Erstellung der Aufwandspauschale/ des Befundberichts nach Nr. _____	_____ €
Kopien, _____ Seiten á 0,50 € (bis 50 Seiten)	
Ausdrucke _____ Seiten á 0,15 € (ab 51. Seite)	_____ €
Farbkopien, _____ Seiten á 1,00 € (bis 50 Seiten)	
-ausdrucke _____ Seiten á 0,30 € (ab 51. Seite)	_____ €
Elektronisch gespeicherte Datei/en (je Datei 1,50 €, max. 5 €)	_____ €
Portokosten	_____ €
Rechnungsbetrag	_____ €

↓ nur vom Gericht auszufüllen ↓

	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€

Ohne Angabe der IBAN-Nummer kann keine Erstattung erfolgen!

Die mir nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz zustehende Entschädigung bitte ich auf folgende Bankverbindung zu überweisen.

Kontoinhaber/in: [Redacted]

[IBAN input field]

Rechnungs-Nr.: [Redacted]

Erstattung:

- wie beantragt
- nicht mehr als beantragt

**sachlich und rechnerisch
richtig mit** €

Datum und Unterschrift

Datum, Unterschrift und Arztstempel

Kontierung - Buchungskreis 2470

Dienststelle: 0682
 HH-Jahr: 202____
 Sachkonto: 6170000604
 Innenauftrag: 83247090050_____
 Finanzstelle: 0650-99999
 Finanzposition: 0550-53600
 Funktionsbereich: 0550888

Buchung Finanzbuchhaltung

SAP-Belegnr.: _____
 gebucht: _____

 Handzeichen und Datum