

Rechnungssteller/in

Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes (bitte leserlich schreiben):

[Redacted address fields]

Sozialgericht:

[Redacted court name]

Aktenzeichen des Gerichts:

[Redacted case number]

Rechtsstreit:

[Redacted case description]

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 des Befundberichts nach Nr. _____ €

Kopien und Ausdrucke _____ Seiten á 0,50 € (bis 50 Seiten) _____ Seiten á 0,15 € (ab 51. Seite) €

Farbkopien und Farbausdrucke _____ Seiten á 1,00 € (bis 50 Seiten) _____ Seiten á 0,30 € (ab 51. Seite) €

Elektronisch gespeicherte Datei/en (je Datei 1,50 €, max. 5 €) _____ €

Portokosten _____ €

Rechnungsbetrag _____ €

↓ nur vom Gericht auszufüllen ↓

_____ €

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

Kontoinhaber/in: _____

D E [Redacted IBAN]

Rechnungs-Nr.: _____

Erstattung:

- wie beantragt
- nicht mehr als beantragt

sachlich und rechnerisch richtig mit _____ €

Datum und Unterschrift

Datum, Unterschrift und Arztstempel

1. Kontierung - Buchungskreis 2470

Dienststelle: _____
HH-Jahr: _____
Sachkonto: 6170000604
Innenauftrag: 83247090050 _____
Finanzstelle: 0650-99999
Finanzposition: 055053600
Funktionsbereich: 0550888

2. Buchung Finanzbuchhaltung

SAP-Belegnr.: _____
gebucht: _____

Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift