

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:


**Debeka Krankenversicherungsverein a. G.**  
 ZD/P - Schriftwechsel  
 56058 Koblenz

**Direktabrechnungsvereinbarung zwischen dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G.  
 und dem Verband der Zytostatika herstellenden Apothekerinnen und Apotheker e. V. (VZA)**

## Erstattungsformular

 Bitte legen Sie dieses Formular bei, wenn Sie im Rahmen des Direktabrechnungsverfahrens Rechnungen und  
 Rezepte zur Erstattung an die Debeka übersenden. Damit tragen Sie zum reibungslosen Ablauf des  
 Direktabrechnungsverfahrens bei. Vielen Dank!

<b>Angaben zur Person</b>	Service-Nr.		
	Vorname Name		
<b>Überweisungsdetails und Bankverbindung</b>	Erstattung über folgenden Betrag:		Euro
	Apotheke		
	IBAN		
	BIC		
	Kreditinstitut		

Bei Rückfragen zum Direktabrechnungsverfahren wenden Sie sich bitte an die folgenden Adressen:

 VZA Verband der Zytostatika herstellenden  
 Apothekerinnen und Apotheker e. V.  
 Reinhardtstraße 18  
 10117 Berlin

Tel.: (0 30) 28 09 50 71

 Debeka Krankenversicherungsverein a. G.  
 ZD/P – Schriftwechsel  
 56058 Koblenz

 Tel.: (08 00) 8 88 00 82 20  
 Fax: (02 61) 4 98 - 55 55  
 kundenservice@debeka.de