Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
poststelle@kzv-sachsen.kim.telematik
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang

Erklärung zur Beendigung der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Vertragszahnärzte

Abrechnungsnummer: .....

Die Vertragszahnärzte

1. Titel, Vorname, Name: .....
2. Titel, Vorname, Name: .....
3. Titel, Vorname, Name: .....
4. Titel, Vorname, Name: .....

lösen zum ..... die bestehende BAG
Datum / vorzugsweise zum Quartalsende

in ..... auf.
Anschrift

Grund der Auflösung

.....

Hinweis: Praxisstrukturänderungen (wie Zulassungsverzichte einzelner Partner, Aufnahme neuer Partner, Hinzukommen weiterer Praxisstandorte, Verlegung des Praxisstandortes) erfordern gesonderte Antragstellungen.

Bei Weiterführung der Tätigkeit in Einzelpraxis

☐ Ich erkläre die Weiterführung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit in Einzelpraxis

☐ am bisherigen Standort

☐ an einem anderen Standort (Antragsformular „Praxisverlegung“ liegt bei)

☐ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG über ausreichende Berufshaftpflichtversicherung nach § 95e SGB V liegt anbei

☐ Ausstattung Telematikinfrastruktur ist vorhanden und wird von mir weiter genutzt

Unterschrift (es genügt die Unterschrift des die Erklärung abgebenden BAG-Partners)

Titel, Vorname, Name: .....

....
Ort / Datum Unterschrift /Praxisstempel

© KZV Sachsen