

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 Zulassungsverzicht einzelner Partner, Aufnahme neuer Partner, Hinzukommen weiterer Praxisstandorte) erfordern gesonderte Antragstellungen.

Erklärung zur Praxisausstattung für den Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI)

Erstausrüstung ist vorhanden und wird von
Name Leistungserbringer
weiter genutzt.

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

Titel, Vorname, Name:

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift /Praxisstempel