

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
Zulassungsbezirk Bremen / Bremerhaven*
c/o Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Praxisanschrift

Antrag auf Genehmigung zur Führung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen die Unterzeichner die Genehmigung zur Führung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft für die Vertragszahnarztsitze

Vertragszahnarztsitz 1 (Hauptpraxis):

Straße:

PLZ / Ort:

zum

Vertragszahnarztsitz 2 (Nebenpraxis):

Straße:

PLZ / Ort:

zum

ggf. für das Fachgebiet (§ 24 Abs. 3 Zahnärzte-ZV)

- Allgemeinzahnärztlich
- Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie (die Urkunde sowie die ärztliche Approbation sind beizufügen)
- Oralchirurgie (die Urkunde ist beizufügen)
- Kieferorthopädie (die Urkunde ist beizufügen)

Der Vertrag der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

liegt bei.

wird schnellstmöglich nachgereicht.

NAME	VORNAME	Unterschrift *

Der Antrag ist von **allen** Partnern der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zu unterzeichnen.

Die Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 kann von meinem / unserem Honorarkonto abgebucht werden

Ja **Nein**

(Absender / Praxisstempel)

An die
Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen
Finanzabteilung
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Erklärung zur papierlosen Übermittlung von Abrechnungsunterlagen und Honorar- sowie Punktekontoauszügen

Gemäß § 1 Ziff. 7 der Beitragsordnung wird für die Übersendung von Abrechnungsunterlagen und Honorar- sowie Punktekontoauszügen per Post gemäß Beschluss der Vertreterversammlung vom 24.10.2018 ab 2019 ein Aufschlag auf die berechneten Verwaltungskosten in Höhe von 10 % erhoben.

Ich/wir bin/sind bis auf schriftlichen Widerruf damit einverstanden, meine/unsere Abrechnungsunterlagen und Honorar- sowie Punktekontoauszüge per Online-Abruf abzufordern und verzichte/n auf die Übersendung dieser Unterlagen per Post mit sofortiger Wirkung.

Bitte senden Sie Benachrichtigungen über neu eingestellte Online-Abrechnungsdaten an folgende E-Mail-Adresse:

_____ @ _____

.....
Name in BLOCKSCHRIFT

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)

Absender:

Bremen/ Bremerhaven, den _____

An die
Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen
Finanzabteilung
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Antrag auf Übernahme der Abschlagszahlung

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund

der Übernahme der Praxis mit der Abrechnungsnummer _____ zum _____ beantrage/-n ich/wir die Übernahme der Abschlagszahlung des Praxisübergebers unter Berücksichtigung einer ggf. abweichenden Zahl von Behandlern.

der Neugründung/Änderung der Zusammensetzung der Berufsgemeinschaft zum _____ beantrage/-n ich/wir die Übernahme meines/unseres Anteils an der Gesamtabchlagszahlung meiner/unserer vorherigen Praxis mit der Abrechnungsnummer _____.

Mit freundlichem Gruß

(Unterschriften aller zugelassenen Mitglieder der neu gegründeten Praxis)

Absender:

Bremen/Bremerhaven, den _____

An die
Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen
Finanzabteilung
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund des Wechsels unserer Abrechnungsnummer zum _____ bitten wir um die Fortschreibung der HVM-Überschreitungen bzw -Unterschreitungen von unserer bisherigen Abrechnungsnummer auf unsere neue Abrechnungsnummer sowie um die Zusammenfassung der Degressionsgrenzen für beide Praxen.

Außerdem teilen wir Ihnen mit, dass unsere neue Praxis unter der Abr.-Nr. _____ für alle Forderungen gegenüber der vorherigen Praxis unter der Abr.-Nr. _____ aufkommt.

Mit freundlichem Gruß

(Unterschriften aller zugelassenen Mitglieder der ehemaligen bzw. neu gegründeten Praxis)



Abtretungserklärung

Hiermit trete ich an die

Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen (KZV Bremen)

Universitätsallee 25, 28359 Bremen

teilweise meine Honoraransprüche gegen die KZV Bremen im Rahmen der Genehmigung des Vorstandes gem. § 5 Abs. 8 der Satzung der KZV Bremen ab. (Teilabtretung von Honoraransprüchen zur Befriedigung meiner Verbindlichkeiten durch die KZV Bremen).

.....
Vor- und Nachname (in Blockbuchstabe)

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift