



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

28359 Bremen

Praxisanschrift

**Antrag auf Auflösung der Genehmigung zur Führung einer örtlichen
Berufsausübungsgemeinschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen die Unterzeichner die Auflösung der Genehmigung zur Führung einer
örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft für den Vertragszahnarztsitz

Straße:

PLZ / Ort:

Zum:

NAME	VORNAME	Unterschrift *

Der Antrag ist von **allen** Partnern der örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zu unterzeichnen

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

Antrag auf Aufteilung der Abschlagszahlung

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund der Änderung der Zusammensetzung der Berufsausübungsgemeinschaft zum
_____ bitten wir um Aufteilung der Anteile an der Abschlagszahlung wie folgt:

_____ % der monatl. Abschlagszahlung
(ausscheidender Partner)

_____ % der monatl. Abschlagszahlung
(evtl. weiterer ausscheidender Partner)

In der Praxis verbleibender Anteil _____ % der monatl. Abschlagszahlung

Mit freundlichem Gruß

(Unterschriften aller zugelassenen Mitglieder der ehemaligen 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)



Absender:

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

Erklärung zur papierlosen Übermittlung von Abrechnungsunterlagen und Honorar- sowie Punktekontoauszüge

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)



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).

.....
Name in BLOCKSCHRIFT

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift



Erklärung zur Bankverbindung

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

Bankverbindung lautet:

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bremen/Bremerhaven, den _____
(Datum)

Name in BLOCKSCHRIFT _____

Unterschriften: _____
