



KZV Berlin
Abt. Buchhaltung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

interner Vermerk

Datum

1. Bearbeiter

2. Bearbeiter

– Bitte im Original zurücksenden! – (Nicht per Fax oder E-Mail)

Name der Gesellschaft bzw.
des Vertragszahnarztes:

Status:

☐ Einzelpraxis

☐ BAG

☐ ÜBAG

☐ KÜBAG

☐ MVZ

☐ Ermächtigung

Besteht eine Abtretung?
Sicherungsnehmer
(z.B. Bank):

☐ Ja

☐ Nein

Datum der
Abtretung:

Abrechnungsnummer:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Aufnahme:

☐ sofort

☐ zum

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift(en) der/des Vertretungsberechtigten:

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Sollte die Anzahl der vorgesehenen Unterschriftsfelder nicht ausreichen, bitten wir Sie, alle weiteren Unterschriften unter Angabe des Namens in Druckbuchstaben auf der Rückseite zu leisten.