

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Finanzwesen
Keßlerstr. 1
76185 Karlsruhe

Fax 0711 7875-483910
E-Mail: aerztebuchhaltung@kvbawue.de

Praxisübergabender/Stempel

Erklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Abschlagszahlungen an meinen Praxisnachfolger aufgrund meines bisherigen Honorarumsatzes geleistet werden können.

Praxisübergabender

BSNR (Praxisübergabender)

LANR (Praxisübergabender)

Datum

Unterschrift

Praxisnachfolger

BSNR (Praxisnachfolger)

LANR (Praxisnachfolger)

Name

Straße

PLZ, Ort

Ich habe/werde die Praxistätigkeit am/zum _____ aufgenommen/aufnehmen und werde die Praxistätigkeit mindestens im bisherigen Honorarumfang (Patienten und Leistungen) des Praxisübergabenden weiterführen.

Datum

Unterschrift