

Absender:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Zulassungsausschuss für Zahnärzte in Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2
55124 Mainz

Mitteilung über die Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir lösen unsere Berufsausübungsgemeinschaft in (Praxisadresse)

zum

auf.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Bitte Unterschrift aller BAG Partner auf Seite 2

Bitte Unterschrift aller BAG Partner:

Absender:

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Isaac-Fulda-Allee 2

55124 Mainz

**Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft
(bitte von dem verbleibenden Praxisinhaber auszufüllen)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich setze Sie davon in Kenntnis, dass die Berufsausübungsgemeinschaft

zum _____ aufgelöst wird. / bzw. wurde.

Meine Bankverbindung für die Zeit ab _____ lautet wie folgt:

Name des Bankinstitutes: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Praxisanschrift und Telefonnummer bleiben unverändert!

Praxisanschrift und Telefonnummer lauten ab: _____

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift:

Ort, Datum
