

Absender / Praxisstempel:

Bremen / Bremerhaven, den _____

An die
Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen
Abteilung Finanzen
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Rückzahlung der Überzahlung meines / unseres Honorarkontos I/22

Abrechnungs-Nummer (*bitte angeben*): _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich / wir teilen hiermit verbindlich mit, dass ich / wir die Überzahlung meines / unseres Honorarkontos für das Quartal I/22 bis zum 29.07.2022 vollständig an die KZV Bremen zurückzahlen werden.

Mir / uns ist bekannt, dass im Falle eines nicht fristgemäßen und/oder nicht vollständigen Zahlungseinganges bei der KZV Bremen die nachfolgenden Zahlungen an meine / unsere Praxis so lange mit der Überzahlung verrechnet werden, bis diese vollständig ausgeglichen ist.

Mit freundlichem Gruß

(*Unterschrift/en*)