

Absender (Praxisstempel):

Bremen / Bremerhaven, den _____

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

Antrag auf Zusammenführung / Übernahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

☐ Wechsel der Abrechnungsnummer:

hiermit beantrage/n ich/wir aufgrund des Wechsels

der Abrechnungsnummer von _____ (bisherige Abr.-Nr.)

auf die Abrechnungsnummer _____ (neue Abr.-Nr.)

zum _____ (Datum)

die Fortschreibung der Über- bzw. Unterschreitungen des HVM-Praxisbudgets von der bisherigen auf die neue Abrechnungsnummer.

☐ Praxisübernahme:

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass meine/unsere Praxis unter der Abr.-Nr. _____ für _____ alle

Forderungen der KZV Bremen gegenüber der Praxis unter der Abr.-Nr. _____ aufkommt.

Mit freundlichem Gruß

(Unterschriften aller zugelassenen Mitglieder der vorherigen und der neuen Praxis)