

Zurück an:

KZV Land Brandenburg
Abt. Abrechnung
Helene-Lange-Str. 4 - 5
14469 Potsdam

Vorsorgeprogramm „Junge Zähne“

Teilnahmeerklärung des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin

Zahnarzt/Zahnärztin

Titel, Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Abrechnungsnummer

Zahnarztstempel

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Vereinbarung zwischen der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der KZV Land Brandenburg, dem Vorsorgeprogramm „Junge Zähne“.

Ort, Datum

Unterschrift