Mitteilung über die Auflösung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG)

Zulassungsausschuss für
Zahnärzte Land Brandenburg
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

zulassung@kzvlb.de
0331 2977-308

Abrechnungsnummer: _____

Die Vertragszahnärzte/-innen, bzw. die Kieferorthopäden/-innen
(Titel, Name, Vorname, Praxisadresse)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

lösen zum _____ (vorzugsweise zum Quartalsende) die bestehende üBAG auf.

Begründung:

Der Standort Nr. 1 wird als Einzelpraxis ab dem _____ fortgeführt von:

Der Standort Nr. 2 wird als Einzelpraxis ab dem _____ fortgeführt von:

Sonstiges:

Wichtiger Hinweis:

Nach Auflösung der üBAG muss die Erreichbarkeit in Angelegenheiten, die die üBAG betreffen, weiterhin gewährleistet sein.

Erreichbarkeit nach der Beendigung der üBAG:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Unterschriften aller üBAG-Partner:

Ort / Datum	Name (in Druckbuchstaben)	Unterschrift
-------------	---------------------------	--------------

Ort / Datum	Name (in Druckbuchstaben)	Unterschrift
-------------	---------------------------	--------------

Ort / Datum	Name (in Druckbuchstaben)	Unterschrift
-------------	---------------------------	--------------

Ort / Datum	Name (in Druckbuchstaben)	Unterschrift
-------------	---------------------------	--------------