Mitteilung über die Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

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

Abrechnungsnummer: _____

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

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

Grund der Auflösung: _____

☐ Die Praxis wird als Einzelpraxis ab dem _____ fortgeführt von:

_____ _____
Name Leistungserbringer Unterschrift Leistungserbringer

Erklärung zur Praxisausstattung für den Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI)

☐ Erstausstattung ist vorhanden und wird von _____
weitergeführt. Name Leistungserbringer

Wichtiger Hinweis:
Nach Auflösung der BAG muss die Erreichbarkeit in Angelegenheiten, die die BAG betreffen, weiterhin gewährleistet sein. Bitte geben Sie hierfür **eine** Postadresse, Telefonnummer und E-Mailadresse an.

Erreichbarkeit nach der Beendigung der BAG:

_____

_____

_____

_____

Unterschriften aller BAG-Partner:

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

_____
Ort/Datum