

ZKN-Mitgliedsnummer(n): _____

Zahnärztekammer
Niedersachsen
Abteilung 2
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete/n ich / wir meine / unsere Honoraransprüche gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) in Höhe der von mir / uns an die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) nach der jeweils gültigen Beitragsordnung der ZKN zu zahlenden Beiträge an die Zahnärztekammer Niedersachsen ab.

KZVN-Abrechnungsnummer:

Genauere Adressenangabe / Praxisstempel

Ort / Datum

Unterschrift(en)

Verteiler:

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)