

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
**Mitgliederwesen**  
Fallstraße 34  
81369 München

**Anzeige Kooperationsvertrag zwischen Zahnärztin/Zahnarzt und  
Pflegeeinrichtung nach § 119 b Abs. 2 SGB V**

Hiermit zeige ich den Abschluss eines Kooperationsvertrags nach § 119 b Abs. 2 SGB V

ab dem \_\_\_\_\_ mit dieser Einrichtung an:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse der Einrichtung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name und Adresse des Trägers der Einrichtung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte zeigen Sie die Kooperation für jede Einrichtung mit diesem Formblatt gesondert an.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

ABE-Stempel

--