



Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Mitgliederwesen
Fallstraße 34
81369 München

Teilnahme an Abrechnung Online

Ich/wir erkläre(n) mit meiner(unserer) Unterschrift(en) entsprechend dem Formblatt Q für die Bema-Teile KCH und KFO sowie entsprechend dem Formblatt M für die Bema-Teile ZE, PAR und KB, dass ich/wir im Onlineverfahren nur Abrechnungen übermitteln werde(n), denen Leistungen zugrunde liegen, die entsprechend den gesetzlichen und gesamtvertraglichen Bestimmungen zur vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wurden.

Im Übrigen gelten die Nutzungsbedingungen zur Teilnahme an Abrechnung Online in der jeweils gültigen Fassung.

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben vollständig aus, drucken dieses Formular aus, versehen es mit den notwendigen Unterschriften und senden es an die oben genannte Postanschrift.

ABE-Nr. (6-stellig) _____

Ort, Datum _____

Einzelpraxis
Unterschrift Praxisinhaber

Berufsausübungsgemeinschaft
Unterschriften aller BAG-Mitglieder

MVZ
bei GmbH: Unterschrift des Geschäftsführers und des zahnärztlichen Leiters
andere Rechtsform (z.B. GbR): Unterschrift des vertretungsberechtigten Gesellschafters
und des zahnärztlichen Leiters

Name des MVZ: _____

Bitte beachten Sie die Unterschriftsberechtigten zur jeweiligen Praxisform

Name: _____ Vorname: _____
Unterschrift

Name: _____ Vorname: _____
Unterschrift

Name: _____ Vorname: _____
Unterschrift

Name: _____ Vorname: _____
Unterschrift

Name: _____ Vorname: _____
Unterschrift

Haben Sie uns bereits eine E-Mail-Adresse mitgeteilt?
Diese benötigen wir für die Freischaltung von Abrechnung Online.

_____ @ _____