

ABE-Nummer / Stempel der Praxis

ABZ eG
Landsberger Str. 346
80687 München

Im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns erhalten Sie:

Abrechnung KFO _____
Abrechnungsquartal

Einreichungsart: Handabrechner

	Fälle
Fremdkassen	
incl. außerbayerische Sonstige Kostenträger	_____
Primärkassen	_____
Ersatzkassen	_____
Auftragsgeschäft bayerischer Kassen und bayerische Sonstige Kostenträger	_____
Summe Fälle	_____

Ich erkläre hiermit, die beiliegende Abrechnung gemäß den vertraglichen Bestimmungen zwischen der KZVB und den Landesverbänden der Bayerischen Krankenkassen erstellt zu haben.

_____, den _____

Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes