



Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)
DEC-Hotline
Postfach 70 10 68
81310 München

Tel.: 089/72401-101

Meldung über das verwendete KCH - Abrechnungsprogramm

Ich/wir beantrage(n) die Genehmigung zur Verwendung des nachfolgenden spezifizierten KCH-Abrechnungsprogramms gemäß Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z).

1. Einsatz des Programms ab Quartal _____ / _____

2. Softwarebezeichnung:

2.1 Name des Herstellers:

2.2 Programmname:

2.3 Programmstandskennzeichen (wenn bekannt):

Ort/Datum

Unterschrift des Zahnarztes

ABE-Stempel