

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

--