

ABE-Nummer / Stempel der Praxis

**ABZeg
Kaflerstraße 4
81241 München**

Im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns erhalten Sie:

Abrechnung KFO _____
Abrechnungsquartal

Einreichungsart

Papierabrechner- DTA
manuell oder EDV

	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.

Ich bestätige, dass eine von der KZBV zugelassene Programmversion eingesetzt wurde (Bitte ankreuzen, falls zutreffend)

_____, den _____
Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes