

**Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung**

**Bürgschaftserklärung  
i.S. v. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V**

**des Herrn/der Frau:** \_\_\_\_\_  
Name des Bürgen/der Bürgin

**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_  
Anschrift des Bürgen/der Bürgin

**gegenüber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, insbesondere der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, und den Krankenkassen:**

**Hiermit übernimmt:** \_\_\_\_\_  
Name des Bürgen/der Bürgin

**die selbstschuldnerische Bürgschaft für Forderungen der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigungen, insbesondere der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und der  
Krankenkassen**

gegen das **Medizinische Versorgungszentrum:** \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

**Träger i.S.v. § 95 Abs. 1 SGB V:**  
(Name der Trägergesellschaft des MVZ i.S.v. § 95 Abs. 1 Satz 6 SGB V)

**aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit unter Verzicht auf die Einrede der  
Vorausklage gem. § 771 Abs. 1 Nr. 1 BGB sowie auf die Einrede der Anfechtbarkeit und  
Aufrechenbarkeit nach § 770 BGB; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach  
Auflösung des o.g. Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Bürgen/der Bürgin in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bürgen/der Bürgin

\_\_\_\_\_  
Name Vertretungsberechtigter in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Name Vertretungsberechtigter in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertretungsberechtigter