

Antragsformular

Erstattungspauschale der Aufsätze für das stationäre Kartenterminal Orga 6141

Postalisch an:

KZV Sachsen-Anhalt
Telematik
Doctor-Eisenbart-Ring 1
39120 Magdeburg

Absender:

Zahnarztstempel

oder:

per **Fax** an: 0391/6293-235

per **E-Mail** an: ti@kzv-lsa.de (als eingescanntes Dokument)

Name:

Abrechnungsnummer:

Praxisstandort:

Bitte die entsprechende Anzahl ankreuzen:

- Standort mit 1-3 Zahnärzten (35,46€)
- Standort mit 4-6 Zahnärzten (66,28€)
- Standort mit 7 und mehr Zahnärzten (97,10€)

Bitte reichen Sie eine Kopie der Rechnung mit ein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber 1

.....
Unterschrift Praxisinhaber 2

Hinweis:
Bei Gemeinschaftspraxen
haben alle zugelassenen
Vertragszahnärzte die
Gesellschafter sind, zu
unterzeichnen.

.....
Unterschrift Praxisinhaber 3

.....
Unterschrift Praxisinhaber 4