

VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

Name:

Ordinationsadresse:

.....Tel.:

Wohnadresse:

.....Tel.:

Ich erkläre mich bereit, die Behandlung der Anspruchsberechtigten der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, auf Grund des Verrechnungsübereinkommens vom 1. Feber 1974 in der jeweils geltenden Fassung ab zu übernehmen.

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen soll über die Abrechnungsstelle der Zahnärztekammer erfolgen: JA/NEIN

Bei NEIN erfolgt die Abrechnung über die SVS. Meine Kontodaten sind:

Bankinstitut:.....

IBAN:

....., am

.....
Unterschrift und Stampiglie