

Absender:

Mitglieds-Nr.:



zurück an:

Berliner Ärzteversorgung
Potsdamer Straße 47

14163 Berlin

(wird dann – nach Bearbeitung – an die KV Berlin weitergeleitet)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wir erklären uns (bis auf schriftlichen Widerruf) einverstanden, dass die fälligen Versorgungsabgaben der

BERLINER ÄRZTEVERSORGUNG

für

Name Mitglied: _____ Mitgl-Nr.: _____

und

Name Mitglied: _____ Mitgl-Nr.: _____

von unserem gemeinschaftlichem Honorarkonto abgebucht werden können; soweit Abbuchungsmöglichkeit besteht.

KV-Stempel der Gemeinschaftspraxis

Unterschrift

Unterschrift

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** Ärztinnen und Ärzte notwendig, die unter dieser Stempelnummer liquidieren.