



KZV
H A M B U R G

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Abrechnungs-Nr.:

Konformitätserklärung der Praxis gegenüber der Gesonderten Stelle

Hiermit bestätige ich, _____,

dass die durch die Gesonderte Stelle bei der KZV Hamburg

angeforderten Dokumentationen mit den von mir übermittelten schriftlichen und ggf. bildlichen Dokumentationen übereinstimmen. Mir ist bekannt, dass die übermittelten Dokumentationen von der Gesonderten Stelle auf ihre Richtigkeit geprüft werden.

Datum

Unterschrift /
Praxisstempel Praxisinhaber