

Frau /Herr

Dr.

.....

.....

An die
NÖ Gebietskrankenkasse
Ärztereferat
AL Mag. Masiar Rene NIKZAD
Kremser Landstraße 3
3101 St. Pölten

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren!

Betreff: Kündigung der Kassenverträge für die kieferorthopädische Planstelle

in

.....

Ich, Dr. (Vor- und Zuname), kündige
hiermit meine Kassenverträge für die kieferorthopädische Planstelle in
..... (Ordinationsadresse)
mit

- 31.03.201...**
- 30.06.201...**
- 30.09.201...**
- 31.12.201...**

und ersuche um rechtsgültige Kenntnisnahme.

Ich danke Ihnen für die gute Zusammenarbeit und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

.....
(Unterschrift)

Ergeht gleichlautend an:

LZÄK für NÖ
BVA,VA,SVA, KFA