

Frau /Herr

Dr.

.....

.....

An die
Österreichische Gesundheitskasse
Zahnärztliche Hilfe
TF-Leitung Mag. Ines Stauer
Engelbert-Weiß-Weg 10
5020 Salzburg

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren!

Betreff: Kündigung der Kassenverträge für die zahnärztliche Planstelle in

.....

Ich, Dr. (Vor- und Zuname), kündige
hiermit meine Kassenverträge mit

- 31.03.20...**
- 30.06.20...**
- 30.09.20...**
- 31.12.20...**

und ersuche um rechtsgültige Kenntnisnahme.

Ich danke Ihnen für die jahrelange gute Zusammenarbeit und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

.....
(Unterschrift)*

Ergeht gleichlautend an:

LZÄK für NÖ
BVAEB, SVS, KFA

**Mit meiner Unterschrift bevollmächtige ich die LZÄK für NÖ mit der elektronischen Weiterleitung der Vertragslösung an alle zuständigen Stellen.*