

Frau /Herr

Dr. ....

.....

.....

An die  
NÖ Gebietskrankenkasse  
Ärztereferat  
AL Stv. Mag. Martina Gottwald  
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 mit

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

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

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