

ZKN-Mitgliedsnummer(n): \_\_\_\_\_

Zahnärztekammer  
Niedersachsen  
Abteilung 2  
Zeißstraße 11 a  
30519 Hannover

### ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete/n ich / wir meine / unsere Honoraransprüche gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) in Höhe der von mir / uns an die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) nach der jeweils gültigen Beitragsordnung der ZKN zu zahlenden Beiträge an die Zahnärztekammer Niedersachsen ab.

**KZVN-Abrechnungsnummer:** .....

\_\_\_\_\_  
Genauere Adressenangabe / Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

Verteiler:

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)