

An die
Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr 26/28
28211 Bremen

**Kündigung der Teilnahme an der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung zwischen den
BKKen und der KV HB gemäß §73 a SGB V nach § 3 Ziffer 5**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Teilnahme an der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung zwischen
den BKKen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen gemäß §73 a SGB V zum nächst
möglichen Zeitpunkt.

Ich bitte um schriftliche Bestätigung und bedanke mich für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Vertragsarzt

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis/MVZ

--