
Praxisstempel

BKK MOBIL OIL

Abrechnungsmanagement
29218 Celle

Telefax: 040 3002-9861

Vertragserklärung der Ärztin / des Arztes zur Hautkrebsvorsorge (OV-VE-008/2009):

Ich erkläre, die in der Ausschreibung aufgeführten Bedingungen für den Vertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 73c SGB V für Hautvorsorgeuntersuchungen für und gegen mich gelten zu lassen.

Praxisname:	
Anschrift:	
Telefon:	
Telefax:	

Ort, Datum, Unterschrift	