

An die

AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95
28195 Bremen

Fax: 0421 / 1761 – 340

Kündigung des „alten“ Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen im Land Bremen

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Teilnahme am „alten“ Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen im Land Bremen fristgerecht zum nächst möglichen Zeitpunkt.

Bitte teilen Sie mir das Enddatum meiner Teilnahme mit und bestätigen mir schriftlich die Kündigung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift