

Absender:
(Privatanschrift)

An die
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz
Buchhaltung
Postfach 11 64

09070 Chemnitz

**Kranzspende für Ärzte und psychologische Psychotherapeuten der
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz**

Gemäß Ziffer 4 der Bestimmungen der Kranzspende für Ärzte und psychologische
Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz,
bestimme ich, den für den Fall meines Ablebens zu sammelnden Spendenbeitrag an

.....
.....
.....

auszuzahlen.

....., den

(Stempel und Unterschrift)