

Absender:
(Privatanschrift)

An die
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz
Abteilung Buchhaltung
Postfach 11 64

09070 Chemnitz

**Kranzspende für Ärzte und psychologische Psychotherapeuten der
Kassenärztlichen Vereinigung, 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)