

KÜNDIGUNG MEINES ARZTPRAXISVERTRAGES

Absender:

Name :

Anschrift :

Telefonnummer :

Empfänger (Arztpraxis):

Name/Bezeichnung :

Anschrift :

Betreff: Kündigung meines Behandlungsvertrages

Hiermit kündige ich meinen Behandlungsvertrag mit der oben genannten Arztpraxis fristgerecht und ordentlich. Bitte bestätigen Sie mir schriftlich den Erhalt dieser Kündigung und das Vertragsende. Ich danke Ihnen für die bisherige Betreuung.

Bitte beachten:

Diese Kündigung erfolgt ohne Angabe eines speziellen Kündigungsgrundes. Die Einhaltung der vertraglichen Kündigungsfristen wird von mir gewährleistet. Alle offenen Rechnungen werde ich fristgerecht begleichen.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift

Ort, Datum: _____

Empfangsbestätigung (Praxis)

Bestätigung (Patient)

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterhero.com/kundigung-arzt-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterhero.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.