

An die
AOK Rheinland/Hamburg
Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf

**Kündigung meiner Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung im KV-Bezirk
Hamburg im Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung im KV-Bezirk Hamburg im Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zum Quartalsende bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Meine Versichertennummer:

Mein Geburtsdatum:

Mit freundlichen Grüßen,

(Unterschrift)