

An  
Bezirkszahnärztekammer Pfalz  
Brunhildenstraße 1  
67059 Ludwigshafen

## **Kostenübernahmeerklärung**

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_, die Kosten für ein Sachverständigengutachten zu übernehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift