
Name des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin Stempel-Nr.

Praxisanschrift

Tel.-Nr.

Zulassungsausschuss
für Zahnärzte in Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Fax: 89004-353

Berlin,

Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beende meine vertragszahnärztliche Tätigkeit

zum _____ .
Beendigungsdatum

Ich

- löse die (Ü)BAG/PG mit _____ zum selben Zeitpunkt auf.
- habe die Absicht, den Praxissitz zu übergeben an _____
- habe den Praxissitz bereits übergeben an _____
- habe den Praxissitz nicht übergeben können. Falls Patienten Behandlungsunterlagen benötigen, dürfen Sie folgende Adresse oder Telefonnummer durchsagen:

Meinen Praxisstempel bzw. die Stempelplatte werde ich unaufgefordert einen Monat nach Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit in der Geschäftsstelle der KZV (Raum 303) zurückgeben oder mit der Post schicken.

Mit freundlichen Grüßen

Meine Privatanschrift:

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin

