
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,

Antrag auf Reduzierung des Versorgungsauftrages gem. § 19a Abs. 2 Zä-ZV

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin derzeit für einen vollen Versorgungsauftrag zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit zugelassen. Bitte genehmigen Sie mir ab dem

Datum

die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit mit einem halben Versorgungsauftrag.

Ich bin mit der Abbuchung der Gebühr in **Höhe von 120 €** von meinem **Honorarkonto** einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin