

---

Name des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin

Stempel-Nr.

---

Praxisanschrift

---

Tel.-Nr.

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

**Fax-Nr. 89004-353**

Berlin, \_\_\_\_\_

### **Antrag auf Vervollständigung meines halben Versorgungsauftrages**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin derzeit mit einem halben Versorgungsauftrag für oben genannten Praxissitz zugelassen. Ich beantrage nun die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit mit einem vollen Versorgungsauftrag für denselben Praxissitz.

Bitte buchen Sie die Antragsgebühr in Höhe von 120 € von meinem Honorarkonto ab.

Mit freundlichen Grüßen

---

Unterschrift des ZA/der ZÄ