

KZV Berlin  
Zulassungsabteilung  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

Fax: 89004-353

### **Bestätigung über die Vorbereitungszeit**

Hiermit bestätige ich, dass Frau / Herr .....  
in meiner / unserer Praxis in der Zeit vom ..... bis ..... als  
Vorbereitungsassistent Vollzeit / halbtags tätig war.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragszahnarzt

KZV-Abrechnungstempel