

MITTEILUNG ÜBER DEN TAUSCH MEINES NOTDIENSTES



KZV Berlin
Abt. Zulassung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungstempel

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass ihr „Tauschpartner“ im gleichen Bezirk tätig sein muss und dass wir von ihm auch eine schriftliche Mitteilung benötigen. Sollten Sie als angestellter Zahnarzt zum Notdienst eingeteilt sein, ist zusätzlich die Unterschrift Ihres Arbeitgebers erforderlich.

Hiermit teile ich, _____, meinen Tausch des Notdienstes mit.
Name, Vorname

Notdienst **alt** am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

Notdienst **neu** am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

Mein Tauschpartner ist

Herr/Frau _____
Name, Vorname

Datum

Unterschrift Vertragszahnarzt/ärztin