

MITTEILUNG ÜBER DIE ÜBERNAHME EINES NOTDIENSTES



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

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungstempel

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass der Kollege/die Kollegin, von dem/der Sie den Notdienst übernommen haben, im gleichen Bezirk tätig ist und dass wir von ihm/ihr eine schriftliche Mitteilung über die Notdienstübernahme benötigen. Sollten Sie als angestellter Zahnarzt einen Notdienst übernehmen, ist zusätzlich die Unterschrift Ihres Arbeitgebers erforderlich.

Hiermit teile ich, _____ mit,
Name, Vorname

dass ich den Notdienst von Herrn/Frau _____
Name, Vorname

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr übernehme.

Datum

Unterschrift Praxisinhaber