
Name VZA/VZÄ

Praxisanschrift

Tel.-Nr.

Stempel-Nr.

An den
Vorstand der KZV Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Fax-Nr. 89004-353

Berlin, den

Antrag auf Führen einer Zweigpraxis innerhalb von Berlin

Sehr geehrte Herren,

ich möchte ab dem _____

in _____

eine Zweigpraxis führen.

Ich bin seit dem _____ zur zahnärztlichen bzw.

zur kieferorthopädischen Tätigkeit

zugelassen.

Folgende Gründe rechtfertigen meinen Antrag:

Die Antragsgebühr in Höhe von 300,00 Euro buchen Sie bitte von meinem Honorarkonto ab.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift