

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

private Anschrift

\_\_\_\_\_

private Telefonnummer

\_\_\_\_\_

private E-Mail

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

**Fax: 030 89004-353**

### **Antrag auf Reduzierung der Zulassung gem. § 19a II Zä-ZV**

Ich beantrage die Reduzierung meines Versorgungsauftrages ab dem \_\_\_\_\_.

- Sie dürfen die fällige Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 von meinem derzeitigen Honorarkonto bei der KZV Berlin abbuchen.

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift

