
Vor- und Nachname

Praxisanschrift

Abrechnungsnummer

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

Fax: 030 89004-353

Mit Eingang dieser Erklärung in der Geschäftsstelle ist Ihre Zulassung zu dem von Ihnen angegebenen Datum beendet. Ihre Beendigungserklärung können Sie nicht zurücknehmen. Wir empfehlen Ihnen, mögliche Fragen im Vorfeld der Beendigungsmitteilung zu klären, hierfür stehen wir Ihnen gerne unter 030 89004 – 411 zur Verfügung.

Beendigung meiner kieferorthopädischen Tätigkeit

Meine kieferorthopädische Tätigkeit endet

mit Ablauf des _____.
Beendigungsdatum

- Ich löse die (Ü)BAG/PG mit _____ zum selben Zeitpunkt auf.
- Ich habe die Absicht, den Praxissitz zu übergeben an _____
- Ich habe den Praxissitz bereits übergeben an _____
- Ich habe den Praxissitz nicht übergeben können. Falls Patienten Behandlungsunterlagen benötigen, dürfen Sie folgende Adresse oder Telefonnummer durchsagen:

Meinen Praxisstempel bzw. die Stempelplatte werde ich unaufgefordert einen Monat nach Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit in der KZV Berlin zurückgeben oder mit der Post schicken.

Mir ist bewusst, dass die elektronischen Praxisausweise (SMC-B) deren Inhaber ich bin, drei Monate nach Ende der Zulassung durch die KZV Berlin gesperrt werden. Ich kann die Sperrung verhindern, indem ich meine SMC-B innerhalb der Dreimonatsfrist unaufgefordert bei der KZV Berlin hinterlege.

Meine aktuelle **Privatanschrift** lautet:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Datum

Unterschrift