

ABMELDUNG EINES
VORBEREITUNGS-, ENTLASTUNGS- ODER
WEITERBILDUNGSASSISTENTEN



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

zulassung@kzv-berlin.de
Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungstempel

Die/der von der KZV Berlin genehmigte

- Vorbereitungsassistent/in
- Weiterbildungsassistent/in
- Entlastungsassistent/in

Vorname, Name des Assistenten

beendet ihre/seine Tätigkeit in meiner/unsere Praxis mit Ablauf des: _____
Datum

Datum

Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin