
Name

private Anschrift

private Telefonnummer

private E-Mail

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

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

**Antrag auf Vervollständigung meines halben Versorgungsauftrages
gem. § 19a II Zä-ZV**

Ich beantrage die Vervollständigung meines halben 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

KZV - Abrechnungstempel