
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**

Mitteilung über die Reduzierung meines vollen Versorgungsauftrages auf einen halben Versorgungsauftrag

Die Reduzierung meines vollen Versorgungsauftrages erfolgt ab _____.

Datum und Unterschrift

KZV - Abrechnungstempel