



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

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

Abmeldung der angestellten Zahnärztin/des angestellten Zahnarztes

Die/der vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte Berlin mit genehmigte angestellte Zahnärztin/angestellte Zahnarzt

_____ (Vorname, Name)

beendet ihre/seine Tätigkeit in meiner/unserer Praxis

mit Ablauf des _____ (Datum).

Datum

Unterschrift Arbeitgeberin/Arbeitgeber