



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

**Fax: 030 89004-46353  
E-Mail: [zulassung@kzv-berlin.de](mailto: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