

ABMELDUNG EINES ASSISTENTEN / VERTRETERS



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

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

KZV-Abrechnungstempel

Die/der von der KZV Berlin genehmigte

- Vorbereitungsassistent/in
- Weiterbildungsassistent/in
- Entlastungsassistent/in
- Assistent/in gem. § 13 ZHG (Berufserlaubnis)
- Vertreter/in

Vorname, Name Assistent/in bzw. Vertreter/in

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

Datum

Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin