

\_\_\_\_\_  
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](mailto: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