
Vor- und Nachname

Privatanschrift

Telefonnummer

E-Mail

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

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

Ich beantrage die Zulassung zur **kieferorthopädischen** Tätigkeit für

_____ Berlin, _____, Tel. _____
Postleitzahl Straße und Hausnummer

zum _____

- Ich übernehme die Praxis von _____
- Ich eröffne die Praxis in neuen Räumen.
- Ich führe eine örtliche/überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit _____
 - Antrag auf Führen einer örtlichen/überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ist beigefügt
 - Einen entsprechenden Vertrag lege ich bei.
- Ich führe eine Praxisgemeinschaft mit _____
 - Einverständniserklärung des Praxisgemeinschaftspartners
- Ich bitte um die Anfertigung eines
 - Holzstempels
 - selbstfärbenden Stempels
 - einer Platte f. Selbstfärber.
- Ich bin im Besitz eines Mietvertrages für die Praxisräume, bzw. trage dafür Sorge, dass das Mietverhältnis bis zur Zulassungssitzung geklärt ist.
- Das erforderliche polizeiliche Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (Belegart „0“) wurde am _____ beantragt.

Dem Antrag sind beigefügt:

- Lebenslauf mit Datum und Unterschrift
- Nachweis ausreichender Berufshaftpflichtversicherung
- Erklärung über Beschäftigungsverhältnisse und Rauschgift- oder Trunksucht
- Antragsgebühr von 100 Euro, überwiesen am _____ auf das Konto der KZV Berlin bei der apoBank, IBAN: DE12 3006 0601 0401 4120 35, BIC: DAAEDEDXXX
- ggf. Registerauszug (bei Registereintrag in anderem KZV-Bereich)

Datum

Unterschrift