
Vor- und Nachname

Praxisanschrift

Abrechnungsnummer

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

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

Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit zugunsten der Anstellung im MVZ

Ich beende meine vertragszahnärztliche Tätigkeit **zugunsten der Anstellung im MVZ**

_____ mit Ablauf des _____
Name des MVZ Beendigungsdatum

- Ich löse die (Ü)BAG/PG mit _____ zum selben Zeitpunkt auf.
- Ich reiche letztmalig meine Quartalsabrechnung für das __. Quartal ein.
- Meinen Praxisstempel bzw. die Stempelplatte werde ich nach Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit vernichten.

Meine aktuelle **Privatanschrift** lautet:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Datum

Unterschrift