
Name des MVZ

Praxisanschrift

Abrechnungsnummer

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

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

Mitteilung über die Änderung der zahnärztlichen Leitung im MVZ

Abmeldung der bisherigen Leitung: Bisher wurde die zahnärztliche Leitung des MVZ von

_____ übernommen.
Name der bisherigen zahnärztlichen Leitung

Diese Leitung des MVZ endet mit Ablauf des _____ (Datum).

Anmeldung der neuen Leitung: Die Leitung des MVZ wurde/wird von

_____ übernommen.
Name der neuen zahnärztlichen Leitung

Die Übernahme der Leitung des MVZ erfolgt/e ab dem _____ (Datum).

Die neue Leitung stimmt der Übernahme der Leitung zum angegebenen Zeitpunkt hiermit zu:

Unterschrift der neuen zahnärztlichen Leitung

Datum und Unterschrift
Geschäftsführer/Handlungsbevollmächtigte

KZV - Abrechnungstempel