┌ ┐

└ ┘

Abrechnungsstempel

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

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

Berlin, den

Antrag auf Umwandlung meiner Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit in eine Zulassung zur kieferorthopädischen Tätigkeit gem. § 24 Abs. 6 Zä-ZV

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Umwandlung meiner Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit in eine Zulassung zur kieferorthopädischen Tätigkeit gem. § 24 Abs. 6 Zä-ZV zum

_____ .

Die fällige Antragsgebühr gem. § 46 Abs. 1c Zä-ZV in Höhe von 120 Euro kann von meinem bei Ihnen geführten Honorarkonto abgebucht werden.

Mit freundlichen Grüßen

_____