

\_\_\_\_\_

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**

**Antrag auf Verlängerung des Niederlassungszeitpunktes gem. § 19 II Zä-ZV**

Ich beantrage die Verlängerung meines Niederlassungszeitpunktes

für den Standort \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

auf den \_\_\_\_\_  
geplante Tätigkeitsaufnahme

Durch folgende Gründe bin ich an der rechtzeitigen Aufnahme meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit gehindert:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Die fällige Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 habe ich am \_\_\_\_\_ auf das Konto der KZV Berlin, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, IBAN: DE12 3006 0601 0401 4120 35, BIC: DAAEDEDXXX, überwiesen.

KZV - Abrechnungstempel

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift