

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Mitglieder
Tel.: 03 51 – 805 34 16
Fax: 03 51 – 805 34 17
E-Mail: mitglieder@kzv-sachsen.de

Mitteilung über Vertretung

Vertragszahnarzt

Abrechnungsnummer:

Titel:

Name:

Vorname:

Gemäß § 32 Abs. 1 der Zahnärzte-Zulassungsverordnung teile ich Ihnen mit, dass meine/unsere Praxis in der Zeit

vom:..... bis: geschlossen ist.

Die Vertretung übernimmt in diesem Zeitraum die Praxis:

Titel:..... Name: Vorname:

PLZ :..... Ort: Straße:.....

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Praxisstempel