

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung  
Telefon 0351 8053-416  
poststelle@kzv-sachsen.kim.telematik  
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang
-------------

## Abmeldung eines Assistenten oder angestellten Zahnarztes

### Vertragszahnarzt

Abrechnungsnummer: .....

Titel, Vorname, Name des  
Vertragszahnarztes oder  
Leiters des MVZ: .....

Praxisanschrift: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

### Assistent / angestellter Zahnarzt

Der bei mir beschäftigte

Assistent

angestellte Zahnarzt

Titel, Vorname, Name: .....

war / ist bis zum ..... in meiner Praxis beschäftigt.  
Datum

.....  
Ort / Datum

.....  
Stempel / Unterschrift