

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
Telefax 0351 8053-417
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