

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
Telefax 0351 8053-417
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang Geschäftsstelle

Antrag auf hälftige Beschränkung des Versorgungsauftrages nach § 19 a Z-ZV (Teilzulassung) bei bereits vorhandener Zulassung als Vertragszahnarzt

1. Antragsteller

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Praxisanschrift:

.....

Telefon:

E-Mail:

2. Erklärung zur hälftigen Beschränkung

Ich erkläre, dass ich mich ab dem auf die Hälfte meines Versorgungsauftrages beschränke (mindestens 10 bis maximal 20 Wochenstunden).

Ich nehme zur Kenntnis, dass sich meine Punktmengengrenze in der Degression entsprechend verringert, vgl. § 85 SGB V.

3. Antragsgebühr

Die Gebühr von 120,00 € nach § 46 Abs. 1 c Z-ZV ist auf das Konto der KZV Sachsen zu überweisen.

Die Gebühr habe ich am auf das Bankkonto der KZV Sachsen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank überwiesen.

IBAN: DE28 3006 0601 0003 0929 84

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck: Hälftige Beschränkung

.....
Ort / Datum

.....
Praxisstempel / Unterschrift