

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
poststelle@kzv-sachsen.kim.telematik
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 demauf die Hälfte meines Versorgungsauftrages beschränke (mindestens 10 bis maximal 20 Wochenstunden).

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