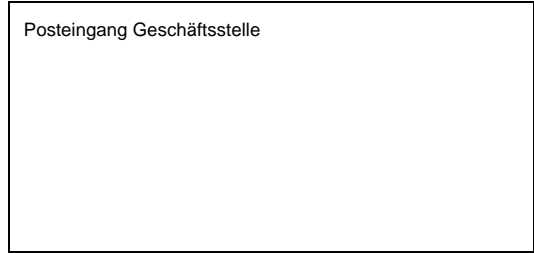


Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

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



Antrag auf Aufhebung der hälftige Beschränkung des Versorgungsauftrages nach § 19 a Abs. 3 Z-ZV (Teilzulassung) – Umwandlung in eine Vollzulassung

1. Antragsteller

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Praxisanschrift:

.....

Telefon:

E-Mail:

2. Erklärung zur Aufhebung der hälftigen Beschränkung

Ich erkläre, dass ich ab demdie Beschränkung auf die Hälfte meines Versorgungsauftrages aufheben möchte. Die bestehende Zulassung soll in eine Vollzulassung umgewandelt werden.

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: Aufhebung der hälftige Beschränkung

.....
Ort / Datum

.....
Praxisstempel / Unterschrift