

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung  
Telefon 0351 8053-416  
Telefax 0351 8053-417  
E-Mail: 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 dem .....die 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