

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

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

Posteingang

Beendigung der Tätigkeit in einer Zweigpraxis

Vertragszahnarzt

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Anschrift Hauptpraxis:

.....

Telefon:

E-Mail:

Ich zeige an, dass ich die Tätigkeit in meiner Zweigpraxis am beende.
Datum

Anschrift Zweigpraxis:

.....

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / Praxisstempel