

Antrag auf Reduzierung des Versorgungsauftrages gem. § 19a Abs. 2 ZÄ-ZV

Zulassungsausschuss für
Zahnärzte in Brandenburg
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Fax-Nr. 0331 2977-308

Name des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin Stempel-Nr.

Praxisanschrift

Tel.-Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin derzeit für einen vollen Versorgungsauftrag zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit zugelassen. Bitte genehmigen Sie mir ab dem

Datum

die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit mit einem halben Versorgungsauftrag.

Bitte überweisen Sie die Gebühr von 120 € an die KZVLB auf folgendes Konto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06, BIC: DAAEDEDXXX
mit dem Verwendungszweck: Antrag Versorgungsauftrag.

Wird die Gebühr nicht innerhalb von 10 Tagen nach Antragstellung eingezahlt, gilt der Antrag als zurückgenommen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort/Datum

Unterschrift Zahnarzt