

Aktualisierung der Unterlagen zum Vertragszahnarztsitz

An die
KZV Land Brandenburg
Abteilung Zulassung/ Register
Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam

Abr.-Nr.: _____

Titel, Name, Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Vorwahl: _____ Ruf.-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

Sprechzeiten	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt