

# Abmeldung einer angestellten Zahnärztin/eines angestellten Zahnarztes

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
für den Zulassungsbezirk Land Brandenburg  
Helene-Lange-Straße 4-5  
14469 Potsdam

E-Mail: zulassung@kzvlb.de

Abr.-Nr. \_\_\_\_\_

Die/der vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte genehmigte angestellte Zahnärztin/Zahnarzt:

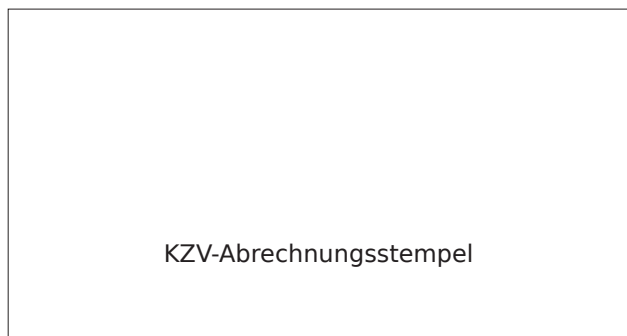
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

ggf. Zuordnung zu: \_\_\_\_\_

beendet ihre/seine Tätigkeit in meiner/unsere Praxis.

- Gründe:
- Arbeitgeberwechsel
  - Renteneintritt
  - Wechsel in eigene Niederlassung
  - gemeinsame Gründung einer BAG
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Das Arbeitsverhältnis endet zum \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift  
des Arbeitgebers