

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: _____

aktuelle Meldeanschrift: _____

beendet ihre/seine Tätigkeit in meiner/unserer Praxis.

Gründe:

☐

Arbeitgeberwechsel

☐

Renteneintritt

☐

Wechsel in eigene Niederlassung

☐

gemeinsame Gründung einer BAG

☐

Sonstiges: _____

Das Arbeitsverhältnis endet zum _____

KZV-Abrechnungsstempel

Ort/Datum _____

Name, Vorname in Druckbuchstaben _____

eigenhändige Unterschrift
des Arbeitgebers _____