

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

Fax: 0331 2977 308
E-Mail: zulassung@kzvlb.de



Abmeldung einer Assistentin/eines Assistenten

Der/die von der KZV Land Brandenburg genehmigte

- Vorbereitungsassistent/in
- Weiterbildungsassistent/in
- Entlastungsassistent/in
- Assistent/in mit Berufserlaubnis gem. § 13 ZHG

Vorname, Name des Assistenten/der Assistentin: _____

ggf. Zuordnung zu: _____

beendet seine/ihre Tätigkeit in meiner/unsere Praxis mit Ablauf des: _____
(Datum)

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt