

Antrag auf Vervollständigung meines halben Versorgungsauftrages

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 mit einem halben Versorgungsauftrag für oben genannten Praxissitz zugelassen.
Bitte genehmigen Sie mir ab dem

Datum

die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit mit einem vollen Versorgungsauftrag für denselben Praxissitz.

Ich habe die Gebühr von 120 € am _____
an die KZVLB auf folgendes Konto:

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

Ich habe Kenntnis, wenn die Gebühr nicht innerhalb von 10 Tagen nach Antragstellung eingezahlt wird, gilt der Antrag als zurückgenommen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt