Erlaubnis zur Weitergabe von Kontaktinformationen
Abgabe

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

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

KZV-Abrechnungsstempel

Ich möchte gerne meine Praxis in _____

(Planungsbereich/Landkreis; Stadt/Gemeinde)

voraussichtlich zum/ab _____

abgeben und suche nach einem Praxisnachfolger.

Beschreibung der Praxis (Größe, Behandlungszimmer, Digitalisierung etc. ..):

_____

_____

_____

Meine Daten können an Zahnärzte weitergegeben werden, die eine Praxisübernahme in dieser Region planen.

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt