

Erlaubnis zur Weitergabe von Kontaktinformationen - Praxisgesuch -

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

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

Ich möchte mich gerne im Bereich _____

(Planungsbereich/Landkreis; Stadt/Gemeinde)

voraussichtlich zum/ab _____

niederlassen und suche nach einer geeigneten Praxis für die Übernahme.

Ich habe folgende Vorstellungen:

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

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt