

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

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

STEMPEL BZW. ABSENDER

Aktualisierung der Stammdaten

ggf. Abrechnungsnummer _____

Titel _____
Bei erstmaliger Meldung oder Titeländerung **bitte Nachweis beifügen** (Promotionsurkunde, beglaubigte Kopie)

Name neu _____
Bei Namensänderung **bitte Nachweis beifügen** (Bsp. Heiratsurkunde, beglaubigte Kopie)

Name alt _____

Vorname _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt