

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