

# 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-Abrechnungstempel

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