

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt/M.
Abteilung VZD
Telefon 069/6607-392 + 385
Telefax 069/6607-374
zulassungsausschuss@kzv.de

Eingang Geschäftsstelle

Antrag auf Reduzierung der Zulassung (§ 19a Z-ZV)

(bei bereits vorhandener Zulassung als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt)

Antragsteller/-in:

.....

Abrechnungsnummer:

.....

Name/Titel:

.....

Vorname:

.....

Praxisanschrift

PLZ/Ort:

.....

Straße:

.....

E-Mail:

.....

Telefon/Fax:

.....

Ich erkläre hiermit, dass ich mich ab dem auf die Hälfte meines Versorgungsauftrages beschränke (Teilzulassung über 10 Std.).

Hinweis: Im Rahmen einer Teilzulassung unter 20 Wochenstunden kann keine Genehmigung zur Beschäftigung einer Vorbereitungsassistentin / eines Vorbereitungsassistenten erteilt werden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Antragsgebühr gem. § 46 Abs. 1c Zahnärzte-ZV in Höhe von 120,00 € vom Honorarkonto der Praxis abgebucht wird.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Praxisstempel