

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 Erhöhung der Zulassung von Teil- auf Vollzeit

Antragsteller/-in

Abrechnungsnummer:

Name/Titel:

Vorname:

Praxisanschrift

PLZ/Ort:

Straße:

E-Mail:

Telefon/Fax:

Ich erkläre hiermit, dass ich ab dem meinen hälftigen Versorgungsauftrag auf Vollzeit erhöhe.

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