Zulassungsausschuss für Zahnärzte
Zulassungsbezirk Bremen / Bremerhaven*
c/o Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Praxisstempel

Bremen/ Bremerhaven, den.....

Reduzierung des Versorgungsauftrages gem. § 19a Abs. 2 Zahnärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, meinen Versorgungsauftrag um die Hälfte zu reduzieren (§ 19a Abs. 2 Zulassungsverordnung für Zahnärzte)

mit Wirkung zum:…….

_____
Unterschrift

Die Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 kann von meinem / unserem Honorarkonto abgebucht werden

☐ **Ja** ☐ **Nein**