

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

Stempel

Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragt der Unterzeichner die Verlegung des Praxissitzes

von der

Straße:.....

PLZ/ Ort:.....

in die

Straße:.....

PLZ/ Ort:.....

Telefon:.....

Fax:.....

Email:.....

Mit Wirkung zum.....

- Allgemeinzahnärztlich
- Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie (die Urkunde sowie die ärztliche Approbation sind beizufügen)
- Oralchirurgie (die Urkunde ist beizufügen)
- Kieferorthopädie (die Urkunde ist beizufügen)

NAME	VORNAME	Unterschrift

Unterschrift

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

Ja **Nein**