

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

Praxisstempel

Bremen/ Bremerhaven, den.....

Beendigung der Beschäftigung eines/einer angestellten Zahnarztes/Zahnärztin

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass Herr/Frau
(Name, Vorname) ab dem/seit dem (Beendigungsdatum) nicht mehr in
der Praxis mit der Abrechnungsnummer
..... tätig sein wird/tätig ist.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für
Zahnärzte in Bremen und Bremerhaven die von uns eingereichten Unterlagen der KZV Bremen
zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verfügung stellt.

.....
(Unterschrift / ggf. Unterschriften der BAG Partner)

.....
Name(n) in Blockbuchstaben