

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: .....

E-Mail: .....

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/en

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

**Ja**                       **Nein**