ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

Zahnärztekammer Berlin
Mitgliederverwaltung
Stallstraße 1
10585 Berlin

Mitgliederverwaltung

Ihre Ansprechpartnerin:
Petra Bernhardt

Tel. (030) 34 808 157
Fax (030) 34 808 257
p.bernhardt@zaek-berlin.de

Hinweis: Bitte die Kopie der KZV-Genehmigung beilegen!

Änderungsmitteilung Praxisverlegung

Persönliche Angaben

Vor- und Nachname:* _____ Titel: _____

Geburtsdatum:*_____ Geburtsort: _____

Aktuelle Praxisanschrift:*_____

_____

☐ Meine Praxisverlegung gebe ich zum _____ bekannt.*

Neue Praxisanschrift und -zuordnung

Straße:* _____

PLZ, Ort:* _____ Bezirk:* _____

Telefonnummer:* _____ E-Mail:* _____

Bitte zutreffendes ankreuzen und ergänzen:

☐ Einzelpraxis ☐ Privatpraxis ☐ MVZ

☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit ZÄ/ZA: _____

☐ überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) mit ZÄ/ZA:

_____

☐ KZV-bezirksübergreifende ÜBAG mit ZÄ/ZA: _____

_____ _____

Ort, Datum* Unterschrift der/des Praxisinhaberin/s*

* Diese Felder müssen ausgefüllt werden!