

Bei Rückfragen: Tel.: 0211/9684 - 0
 Sachbearbeiterin: Frau Birmele - 272
 Frau Oltrogge - 334
 Fax: 0211/9684 - 441
E-Mail: zulassung@kzvr.de

Rückantwort

Zulassungsausschuss-Zahnärzte bei
 Kassenzahnärztliche Vereinigung
 Nordrhein
 Abt. Register/Zulassung
 40181 Düsseldorf

Verzichtserklärung

Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in _____

Beendigung der Ermächtigung gemäß § 10 a BMV-Z i.V.m. § 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung
 für Vertragszahnärzte in _____ (Niederlassungsort)

Hiermit verzichte ich auf meine Ermächtigung zur Durchführung der kieferorthopädischen
 Behandlung

mit Ablauf des

--	--	--

Ich werde mit/nach dem Verzicht meine Praxis **aufgeben**⁽¹⁾
als Privatpraxis weiterführen⁽¹⁾

Ich habe einen **Kooperationsvertrag** mit einer Stationären Pflegeeinrichtung

nein ja, mit: _____⁽¹⁾

Ich bin weiterhin an der Zusendung des Informationsdienstes und sonstiger Rundschreiben der
 KZV Nordrhein

interessiert⁽¹⁾ nicht interessiert⁽¹⁾

Seit/ab dem

--	--	--

 lautet meine **Privat**anschrift wie folgt:

Name	
Strasse	
PLZ Ort	
Telefon (privat)	
E-Mail-Adresse	

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift)

 (Abrechnungsstempel)

⁽¹⁾ Zutreffendes bitte ankreuzen!

bitte wenden

Zulassungsausschuss-Zahnärzte bei
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Nordrhein
Abt. Register/Zulassung
40181 Düsseldorf

Meine Praxis wird übernommen von:

Falls der Zulassungsausschuss-Zahnärzte die Zulassung an den Praxisübernehmer nicht erteilt, bitte ich meinen Verzicht auf die vertragszahnärztliche Zulassung nicht zu verhandeln, da die kieferorthopädische Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten auch weiterhin gewährleistet bleiben soll.

Ort, Datum

Unterschrift

Abrechnungsstempel