

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
für den Bezirk Nordrhein
-angestellte Zahnärzte-
c/o KZV Nordrhein
Abt. Register/Zulassung
40181 Düsseldorf

Absender: (Praxisstempel/Abrechnungsstempel)

Anzeige

der ärztlichen Leiterin (angestellte Zahnärztin/Vertragszahnärztin)/
des ärztlichen Leiters (angestellten Zahnarztes/Vertragszahnarzt)

- Die/der vom Zulassungsausschuss Nordrhein mit Beschluss vom(Datum) genehmigte/r als angestellte Zahnärztin/Vertragszahnärztin/angestellter Zahnarzt/Vertragszahnarzt:

Vor-/Nachname:

im Medizinischen Versorgungszentrum

.....

(Name und Ort)

wird ab dem (Datum) die *zahnärztliche Leitung* mit Std/Wo. übernehmen.

Eine Ergänzung zum bestehenden Arbeitsvertrag wird als Anlage beigefügt.

- Die/der vom Zulassungsausschuss Nordrhein in seiner Sitzung (Datum) zu genehmigende/r angestellte Zahnärztin/Vertragszahnärztin/angestellter Zahnarzt/Vertragszahnarzt:

Vor-/Nachname:

im Medizinischen Versorgungszentrum

.....

(Name und Ort)

wird ab dem (Datum) die *zahnärztliche Leitung* mit Std/Wo. übernehmen.

.....
Ort, Datum und Unterschrift des Geschäftsführers

.....
Ort, Datum und Unterschrift ärztlicher Leiter/in