

KZV Niedersachsen
Referat Öffentlichkeitsarbeit
Zeißstraße 11
30519 Hannover

(Abrechnungs-) Stempel

PER TELEFAX: 0511 59 09 70 80
Per E-Mail: pressestelle@kzvn.de

Sprachkenntnisse ukrainisch und/oder russisch in der Praxis

In meiner/unserer vertragszahnärztlichen Praxis in:

PLZ/Ort^{*)}

Straße/Hausnummer^{*)}

Telefon^{*)}

E-Mail

sind nachfolgende Sprachkenntnisse verfügbar:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ukrainisch	Russisch
Sprachkenntnisse in der Praxis ^{*)} (Praxisinhabende und/oder Praxisteam)		

^{*)} Pflichtfelder. Bitte unbedingt ausfüllen

Ich/wir sind mit einer Veröffentlichung der Praxisdaten einschließlich der ukrainischen und/oder russischen Sprachkenntnisse in meiner/unserer Vertragszahnarztpraxis auf der KZVN-Website einverstanden:

1. Vertragszahnarzt/ärztin / Datum / Unterschrift^{*)}

2. Vertragszahnarzt/ärztin / Datum / Unterschrift^{*)}

3. Vertragszahnarzt/ärztin / Datum / Unterschrift^{*)}

4. Vertragszahnarzt/ärztin / Datum / Unterschrift^{*)}

5. Vertragszahnarzt/ärztin / Datum / Unterschrift^{*)}