

Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages

Zulassungsausschuss Niedersachsen für
die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit
Zeißstraße 11
30519 Hannover

E-Mail: zulassung@kzvn.de
Fax: [0511-59097040](tel:0511-59097040)

KIM: zulassung@kzvn.kim.telematik

Hiermit beantrage ich die Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages gem. § 19a Abs. 3 Zahnärzte-ZV

Name der / des zugelassenen Zahnärztin / Zahnarztes	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers
	Titel: _____
	Nachname: _____
	Vorname: _____
Vertragszahnarztsitz	
Datum der Aufhebung der Beschränkung Hinweis: Die Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages ist frühestens einen Tag nach der Sitzung des Zulassungsausschusses möglich und kann nicht für die Vergangenheit genehmigt werden.	_____ (Datum TT.MM.JJJJ)
☐ Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR wurde am _____ auf das nachfolgende Konto überwiesen. KZV Niedersachsen Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hannover IBAN DE14 3006 0601 0101 1117 36 BIC DAAEDEDXXX Verwendungszweck: Aufheb. Beschr. + Name Antragsteller	
Ort, Datum	Unterschrift