

Erklärung über die Reduzierung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte

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 erkläre ich die Reduzierung meines Versorgungsauftrages auf die Hälfte gem. § 19a Abs. 2 Zahnärzte-ZV

Name der /des zugelassenen Zahnärztin / Zahnarztes	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers
	Titel: _____
	Nachname: _____
	Vorname: _____
Vertragszahnarztsitz	
Datum der Reduzierung	_____ (konkretes Datum TT.MM.JJJJ)
Ort, Datum Unterschrift	