
Vor- und Nachname

Praxisanschrift

Abrechnungsnummer

**Zulassungsausschuss für
Zahnärzte in Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin**

**Fax: 030 89004-46353
E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de**

Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit zugunsten der Anstellung im MVZ

Ich beende meine vertragszahnärztliche Tätigkeit **zugunsten der Anstellung im MVZ**

_____ mit Ablauf des _____
Name des MVZ Beendigungsdatum

- Ich löse die (Ü)BAG/PG mit _____ zum selben Zeitpunkt auf.
- Ich reiche letztmalig meine Quartalsabrechnung für das __. Quartal ein.

Meinen Praxisstempel bzw. die Stempelplatte werde ich unaufgefordert einen Monat nach Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit in der KZV Berlin zurückgeben oder mit der Post schicken.

Mir ist bewusst, dass die elektronischen Praxisausweise (SMC-B), deren Inhaber ich bin, nach Ende der Zulassung durch die KZV Berlin gesperrt werden. Ich kann die Sperrung verhindern, indem ich meine SMC-B innerhalb eines Monats unaufgefordert bei der KZV Berlin hinterlege.

Meine aktuelle **Privatanschrift** lautet:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Datum

Unterschrift