Praxisstempel

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
Zulassungsbezirk Bremen / Bremerhaven
c/o Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Bremen/ Bremerhaven, den.....

Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages (Teil-Zulassung)

Hiermit beantrage ich die Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages (§ 19a Abs. 3 Zulassungsverordnung für Zahnärzte) erteilt am:

.....

mit Wirkung zum:……

_____
Unterschrift

Die Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 kann von meinem / unserem Honorarkonto abgebucht werden

☐ **Ja** ☐ **Nein**