

---

Name und Vorname

---

Ort

---

Datum

ZULASUNGS-AUSSCHUSS für Zahnärzte im Bereich der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Geschäftsstelle  
Eppichmauergasse 1  
55116 Mainz

### Erklärung gemäß § 19 a Abs. 2 Z-ZV

Hiermit erkläre ich verbindlich, meinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte eines vollzeitigen Versorgungsauftrages (laut BSG-Urteil vom 30.01.2002 - Az. B 6 KA 20/01 R - 40 Std./Woche) gemäß § 19 a Abs. 2 Z-ZV auf einen Umfang von maximal 20 Stunden pro Woche zu beschränken.

---

(Unterschrift)