

Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Zulassungsausschuss für Zahnärzte in Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2
55124 Mainz

Antrag auf Praxisverlegung

Name, Titel, Geburtsname, Vorname, Gebietsbezeichnung

Hiermit beantrage ich meine Praxisverlegung gem. § 24 Abs. 7 ZV-Z

von:

nach:

mit Wirkung ab: _____

neue Telefon / Fax Nr. _____

zukünftige Privatanschrift _____

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Mit dem Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig, die vom Abrechnungskonto abgebucht wird.

Fragebogen

Name, Geburtsname, Titel: _____

Vornamen (Rufnamen unterstreichen): _____

Wohnungsanschrift: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon-Nr. der Praxis: _____

Telefax-Nr. der Praxis: _____

E-mail-Adresse der Praxis: _____

Homepage: _____

ja	nein
Praxis: rollstuhlgängig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
besondere Versorgungsangebote für behinderte Patienten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

(ggf. welche)

Kennntnis in Gebärdensprache	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
blindengerechtes Infomaterial	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

Fremdsprachenkenntnisse:

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben angegebenen Daten an Dritte weitergegeben werden.

_____, Datum _____

Unterschrift

Fragebogen bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen und umgehend zurücksenden.