

_____, den _____

Absender:

(Adresse, Telefon, Fax, ZANR)

Kassenzahnärztliche Vereinigung

S a a r l a n d

- Haus der Zahnärzte -

Postfach 10 16 61

66016 Saarbrücken

Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich teile Ihnen mit, dass ich meine vertragszahnärztliche Tätigkeit am

* _____ aufgenommen habe.

Mit freundlichen Grüßen

* Nicht vor Aufnahme der Tätigkeit ausfüllen und absenden.