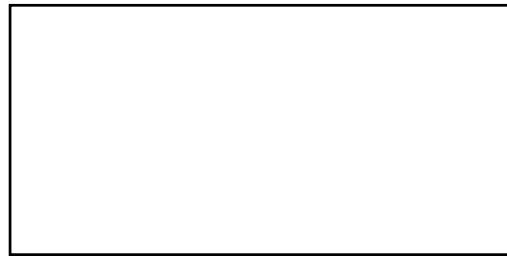


.....
Name, Vorname



KZV-Abrechnungstempel

KZV Sachsen-Anhalt
Abteilung Recht
Doctor-Eisenbart-Ring 1
39120 Magdeburg

Fax-Nr.: 0391/6293-234

Angabe der Sprechstundenzeiten in Ihrer Praxis

Wochentag	Sprechstundenzeiten von – bis	
	vormittags	nachmittags
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

.....
Datum

.....
Unterschrift