

Urlaubs- /Abwesenheitsmeldung

per **Post** an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 1
39120 Magdeburg

Absender:

Abrechnungsstempel

per **E-Mail** an: zulassung@kzv-lsa.de

Abrechnungsnr.:

per **Fax** an: 0391/6293-234

für Rückfragen **Telefon**: 0391/6293-271/272

Gemäß § 32 (1) der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der aktuellen Fassung möchte ich hiermit meine Abwesenheit

in der Zeit vom _____ bis _____

wegen _____

zur Kenntnis geben.

Die Vertretung übernimmt:

1. Name des persönlichen Vertreters in meiner Praxis:

Ich versichere, dass mein persönlicher Vertreter die zur Vertretung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Eine Kopie der Approbationsurkunde des Vertreters liegt der KZV vor bzw. ist beigelegt.

oder

2. Name/Praxisanschrift: _____
Tel.-Nr.: _____

3. Name/Praxisanschrift: _____
Tel.-Nr.: _____

Mit den gegebenenfalls zur 2. und 3. genannten niedergelassenen Kollegen ist die Vertretung im gegenseitigen Einvernehmen abgesprochen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)