

(Abrechnungsstempel)

_____ , den _____

**Kassenzahnärztliche Vereinigung
S a a r l a n d**
- Haus der Zahnärzte -
Postfach 10 16 61
66016 Saarbrücken

Abmeldung eines Assistenten / Vertreters

Die/der von der KZV Saarland genehmigte Assistent/Vertreter:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Vorbereitungsassistent Entlastungsassistent Vertreter

Weiterbildungsassistent (KFO Oralchirurgie)

beendet ihre/seine Tätigkeit in meiner/unserer Praxis mit Ablauf des: _____

(Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin)