
Name und Vorname

Ort

Datum

ZULASUNGS-AUSSCHUSS für Zahnärzte im Bereich der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz
Geschäftsstelle
Eppichmauergasse 1
55116 Mainz

Erklärung gemäß § 19 a Abs. 2 Z-ZV

Hiermit erkläre ich verbindlich, meinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte eines vollzeitigen Versorgungsauftrages (laut BSG-Urteil vom 30.01.2002 - Az. B 6 KA 20/01 R - 40 Std./Woche) gemäß § 19 a Abs. 2 Z-ZV auf einen Umfang von maximal 20 Stunden pro Woche zu beschränken.

(Unterschrift)