

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt
Abt. Recht / Zulassung
Doctor-Eisenbart-Ring 1
39120 Magdeburg

Einverständniserklärung zur Weitergabe von Zulassungsdaten an die „Zahnärztlichen Nachrichten Sachsen-Anhalt“ (ZN)

- Ich erkläre **mich damit einverstanden**, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt nach Erteilung der Zulassung durch den Zulassungsausschuss folgende Daten in den „Zahnärztlichen Nachrichten“ (ZN) Sachsen-Anhalt **veröffentlicht**:
- Name, Vorname
 - Zulassungsdatum
 - Praxisort
- Ich bin **nicht damit einverstanden**, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt nach Erteilung der Zulassung durch den Zulassungsausschuss meine Daten über die Zahnärztlichen Nachrichten (ZN) Sachsen-Anhalt veröffentlicht.

.....
Abr.-Nr.

.....
Name, Vorname (in Druckschrift)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift