

Absender:

_____, den _____

**Zulassungsausschuss für Zahnärzte
für den Zulassungsbezirk Saarland**
Postfach 10 16 61
66016 Saarbrücken

Antrag auf Vertragszulassung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit mit dem Vertragszahnarztsitz _____ ab _____.

ggf. Fachgebiet: _____

Unterschrift