



## Meldung / Änderung des zahnärztlichen Notdienstes

Ab sechs Wochen vor dem Notdiensttermin ist ein Notdiensttausch nur noch unter besonderen Voraussetzungen zulässig. Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrer Bezirksstelle.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Mittelfranken  
Laufertorgraben 10/I  
90489 Nürnberg  
Tel.: 0911 58 88 83-13  
Fax: 0911 58 88 83-77  
E-Mail: bez.mittelfranken@kzvb.de

**Notdienstbereich:** \_\_\_\_\_

**Termin:** \_\_\_\_\_

**übernimmt**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr./PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil / Fax: \_\_\_\_\_

**Termin:** \_\_\_\_\_

**übernimmt**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr./PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil / Fax: \_\_\_\_\_

Praxisstempel mit ABE-Nummer
------------------------------

Notdienständerung am _____ erhalten und hiermit bestätigt.
<b>Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)</b> Bezirksstelle Mittelfranken

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift