

Nach Aufnahme der Beschäftigung bitte ausgefüllt zurückschicken an

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



## Mitteilung über die Tätigkeitsaufnahme eines angestellten Zahnarztes

Der vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte Südbayern / Nordbayern \*) mit Bescheid

vom \_\_\_\_\_ genehmigte angestellte Zahnarzt

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer / PLZ / Ort

hat die zahnärztliche Tätigkeit in der Praxis am \_\_\_\_\_ aufgenommen.

- Ganztags (über 30 Stunden pro Woche)       Dreiviertel (über 20 bis 30 Stunden pro Woche)  
 Halbtags (über 10 bis 20 Stunden pro Woche)       Viertel (bis 10 Stunden pro Woche)

Praxisstempel mit ABE-Nummer

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes

\*) Unzutreffendes streichen

**Bei Nichtaufnahme oder Beendigung der Beschäftigung ist die KZVB-Bezirksstelle und der Zulassungsausschuss unverzüglich zu benachrichtigen.**