

Bei **Wiederaufnahme der Tätigkeit nach einer Unterbrechung** 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 Wiederaufnahme der Tätigkeit als Assistent/-in

Der von der KZVB – Bezirksstelle Mittelfranken – mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ genehmigte

- Vorbereitungsassistent  
 Weiterbildungsassistent  
 Entlastungsassistent  
 ganztags     halbtags

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

Straße, Hausnr. / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Hat die zahnärztliche Tätigkeit wieder  
aufgenommen am: \_\_\_\_\_

**Ab diesem Zeitpunkt wird die Vorbereitungszeit wieder angerechnet!**

Praxisstempel mit ABE-Nr.

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