

Bei **Wiederaufnahme der Tätigkeit nach einer Unterbrechung**
der Beschäftigung bitte ausgefüllt zurückschicken an



Bezirksstelle München
Fallstraße 34
81369 München
Fax: 089 724 01-209
E-Mail: bez.muenchen@kzvb.de

Mitteilung über die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Assistent/-in

Der von der KZVB – Bezirksstelle München – 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