

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle München-Stadt und -Land
Fallstraße 34
81369 München
Tel.: 089 724 01-496
Fax: 089 724 01-209
E-Mail: bez.muenchen@kzvb.de



Verbleib / Umschreibung oder Streichung
aus dem Zahnarztregister
(nach § 4 (1) bzw. § 5 (1) bzw. § 7a ZV-ZÄ)

Ich beantrage hiermit

- den Verbleib im Zahnarztregister der KZVB-Bezirksstelle München-Stadt und -Land
- die Streichung aus dem Zahnarztregister nach § 7a ZV-ZÄ
- Umschreibung wegen Umzug aus _____
in die Bezirksstelle des neuen Wohnortes
- Umschreibung wegen Wegzug aus Bayern in die KZV _____

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr. / PLZ / Ort: _____

Telefon / Mobil / Fax: _____

Ort / Datum / Unterschrift

Praxisstempel mit ABE-Nummer