

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



Bezirksstelle Oberbayern  
Fallstraße 34  
81369 München  
Fax: 089 724 01-215  
E-Mail: [bez.oberbayern@kzvb.de](mailto:bez.oberbayern@kzvb.de)

## Mitteilung über die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Assistent/-in

Der von der KZVB – Bezirksstelle Oberbayern – 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