

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Oberbayern
Fallstraße 34
81369 München
Tel.: 089 724 01-555
Fax: 089 724 01-215
E-Mail: bez.oberbayern@kzvb.de



Antrag auf Beschäftigung eines Vertreters

Antragsteller (Vertragszahnarzt)

Name, Vorname _____

Vertretung für den Zeitraum von _____ bis _____

Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden) _____

Vertretungsgrund (vgl. § 32, ZV-ZÄ): _____

(bei Erkrankung bitten wir um Vorlage eines ärztlichen Attestes.)

Angaben zum Vertreter

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____ in: _____

Straße, Hausnr. / PLZ / Ort: _____

Telefon / Mobil / Fax: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Approbationsdatum: _____ Promotionsdatum: _____

(Bitte jeweils amtlich beglaubigte Kopien beilegen)

Berufliche Tätigkeit(en) / bisherige bzw. derzeitige Tätigkeit

Selbstständig niedergelassen: ja nein

in _____

seit _____

Assistent in freier Praxis: ja nein

bei _____

seit _____

Praxisstempel / ABE-Nummer

Ort / Datum / Unterschrift - **Vertragszahnarzt**