

Nach Aufnahme der Beschäftigung
bitte ausgefüllt zurückschicken an

Bezirksstelle Oberfranken
Laufertorgraben 10/I
90489 Nürnberg
Fax: 0911 588 883-77
E-Mail: bez.oberfranken@kzvb.de

Mitteilung über die Tätigkeitsaufnahme eines angestellten Zahnarztes

Der vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte Südbayern / Nordbayern *) mit Bescheid

vom _____ genehmigte angestellte Zahnarzt

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Straße / Hausnummer / PLZ / Ort

hat die zahnärztliche Tätigkeit in der Praxis am _____ aufgenommen.

- | | |
|--|---|
| ☐ Ganztags (über 30 Stunden pro Woche) | ☐ Dreiviertel (über 20 bis 30 Stunden pro Woche) |
| ☐ Halbtags (über 10 bis 20 Stunden pro Woche) | ☐ Viertel (bis 10 Stunden pro Woche) |

Praxisstempel mit ABE-Nummer

Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes

*) Unzutreffendes streichen

**Bei Nichtaufnahme oder Beendigung der Beschäftigung ist die KZVB-Bezirksstelle
und der Zulassungsausschuss unverzüglich zu benachrichtigen.**