

Bei **Nichtaufnahme, Beendigung oder Unterbrechung**
der Beschäftigung bitte ausgefüllt zurückschicken an



**Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns**

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

Abmeldung eines Assistenten

Der von der KZVB – Bezirksstelle Oberfranken – mit Bescheid vom _____
genehmigte

☐ Vorbereitungsassistent ☐ Weiterbildungsassistent ☐ Entlastungsassistent

☐ ganztags ☐ halbtags

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr. / PLZ / Ort: _____

Hat die zahnärztliche Tätigkeit

☐ nicht aufgenommen

☐ beendet am: _____

Wegen Mitteilung der Schwangerschaft (Unterbrechung der Vorbereitungszeit)

Beschäftigungsverbot ab: _____

Voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Voraussichtliche Wiederaufnahme der Beschäftigung: _____

**Rechtzeitig vor Wiederaufnahme der Beschäftigung ist ein entsprechender
Antrag bei der Bezirksstelle einzureichen.**

Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes

Datum und Unterschrift des Assistenten

Praxisstempel mit ABE-Nr.