

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Oberfranken  
Justus-Liebig-Straße 113  
95447 Bayreuth  
Fax: 0921 685 00  
E-Mail: bez.oberfranken@kzvb.de

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

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 wieder  
aufgenommen am: \_\_\_\_\_

**Ab diesem Zeitpunkt wird die Vorbereitungszeit wieder angerechnet!**

Praxisstempel mit ABE-Nr.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes