

Nach Aufnahme der Beschäftigung bitte ausgefüllt zurückschicken an

Bezirksstelle Oberpfalz  
Landshuter Straße 20  
93047 Regensburg  
Fax: 0941 598 79 24  
E-Mail: bez.oberpfalz@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.**