

Nach Aufnahme/Wiederaufnahme der Beschäftigung
bitte ausgefüllt senden an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Oberpfalz
Landshuter Straße 20
93047 Regensburg
Fax: 0941 598 79 24
E-Mail: bez.oberpfalz@kzvb.de



Anmeldung eines Assistenten

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

- Vorbereitungsassistent
 Weiterbildungsassistent
 Entlastungsassistent

ganztags halbtags

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr. / PLZ / Ort: _____

hat die zahnärztliche Tätigkeit in der Praxis am _____ aufgenommen/wiederaufgenommen.

Bei Nichtaufnahme, Beendigung oder Unterbrechung der Tätigkeit wegen gesetzlichen Freistellungsanspruchs (bspw. Schwangerschaft, Elternzeit) ist die KZVB Bezirksstelle mit dem Formular „Abmeldung eines Assistenten“ unverzüglich zu benachrichtigen.

Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes

Datum und Unterschrift des Assistenten

Praxisstempel mit ABE-Nr.