

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Oberpfalz
Laufertorgraben 10/I
90489 Nürnberg
E-Mail: bez.oberpfalz@kzvb.de

Mitteilung über die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Assistent/-in

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 wieder
aufgenommen am: _____

Ab diesem Zeitpunkt wird die Vorbereitungszeit wieder angerechnet!

Praxisstempel mit ABE-Nr.

Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes