

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Oberpfalz  
Landshuter Straße 20  
93047 Regensburg  
Tel.: 0941 598 79 25  
Fax: 0941 598 79 24  
E-Mail: bez.oberpfalz@kzvb.de



## Antrag auf Beschäftigung eines Vertreters

### Antragsteller (Vertragszahnarzt)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Vertretung für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden) \_\_\_\_\_

Vertretungsgrund (vgl. § 32, ZV-ZÄ): \_\_\_\_\_

(bei Erkrankung bitten wir um Vorlage eines ärztlichen Attestes.)

### Angaben zum Vertreter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil / Fax: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Approbationsdatum: \_\_\_\_\_ Promotionsdatum: \_\_\_\_\_

(Bitte jeweils amtlich beglaubigte Kopien beilegen)

### Berufliche Tätigkeit(en) / bisherige bzw. derzeitige Tätigkeit

Selbstständig niedergelassen:  ja  nein

in \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Assistent in freier Praxis:  ja  nein

bei \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Praxisstempel / ABE-Nummer

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift - **Vertragszahnarzt**