

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Schwaben  
Lauterlech 41  
86152 Augsburg  
Tel.: 0821 504 78 04  
Fax: 0821 504 78 05  
E-Mail: bez.schwaben@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**