

Nach Aufnahme/Wiederaufnahme der Beschäftigung
bitte ausgefüllt senden an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Unterfranken
Dominikanerplatz 3d/II
97070 Würzburg
Fax: 0931 321 14-14
E-Mail: bez.unterfranken@kzvb.de



Anmeldung eines Assistenten

Der von der KZVB – Bezirksstelle Unterfranken – 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.