

# Antrag auf Änderung der Gebietsbezeichnung eines angestellten Zahnarztes

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Nordbayern -  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14  
bzw. 0911 / 58 88 83-12  
Fax: 089 / 7 24 01-602

Antragssteller: \_\_\_\_\_

Für den vom Zulassungsausschuss Nordbayern mit Bescheid vom \_\_\_\_\_

genehmigten angestellten Zahnarzt:

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

wird ab dem \_\_\_\_\_ die Änderung der Gebietsbezeichnung gem. § 24 Abs. 6 ZÄ-ZV  
beantragt.

Die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**“

wurde am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

ausgestellt.

Sofern der Zahnarzt nicht in das Zahnarztregister der KZVB eingetragen ist, ist eine Kopie der Weiterbildungsurkunde sowie ein aktueller Registerauszug beizulegen, aus dem sich der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen der Gebietsbezeichnung ergibt.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_  
auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärz-  
tebank eG Nürnberg – | **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72** | **BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des angestellten Zahnarztes

ABE-Praxisstempel: