

Nach Aufnahme/Wiederaufnahme der Beschäftigung bitte ausgefüllt senden an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Niederbayern
Am Essigberg 14
94315 Straubing
Fax: 09421 185 89 01
E-Mail: bez.niederbayern@kzvb.de

Anmeldung eines Assistenten

Der von der KZVB – Bezirksstelle Niederbayern – 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.