

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Niederbayern  
Am Essigberg 14  
94315 Straubing  
Tel.: 09421 185 89 00  
Fax: 09421 185 89 01  
E-Mail: bez.niederbayern@kzvb.de



**Verbleib / Umschreibung oder Streichung  
aus dem Zahnarztregister**  
(nach § 4 (1) bzw. § 5 (1) bzw. § 7a ZV-ZÄ)

Ich beantrage hiermit

- den Verbleib im Zahnarztregister der KZVB-Bezirksstelle Niederbayern
- die Streichung aus dem Zahnarztregister nach § 7a ZV-ZÄ
- Umschreibung wegen Umzug aus \_\_\_\_\_  
in die Bezirksstelle des neuen Wohnortes
- Umschreibung wegen Wegzug aus Bayern in die KZV \_\_\_\_\_

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

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

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

---

Ort / Datum / Unterschrift

Praxisstempel mit ABE-Nummer