

Nach Aufnahme/Wiederaufnahme der Beschäftigung bitte ausgefüllt senden an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Oberbayern  
Fallstraße 34  
81369 München  
Fax: 089 724 01-215  
E-Mail: bez.oberbayern@kzvb.de

## Anmeldung eines Assistenten

Der von der KZVB – Bezirksstelle Oberbayern – 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.