

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Oberbayern  
Fallstraße 34  
81369 München  
Tel.: 089 724 01-555  
Fax: 089 724 01-215  
E-Mail: bez.oberbayern@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 Oberbayern
- 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