

Nach Aufnahme/Wiederaufnahme der Beschäftigung bitte ausgefüllt senden an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Bezirksstelle Oberfranken  
Justus-Liebig-Straße 113  
95447 Bayreuth  
Fax: 0921 685 00  
E-Mail: bez.oberfranken@kzvb.de

## Anmeldung eines Assistenten

Der von der KZVB – Bezirksstelle Oberfranken – 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.