

Nach Aufnahme der Beschäftigung
bitte ausgefüllt zurückschicken an

Bezirksstelle Oberpfalz
Landshuter Straße 20
93047 Regensburg
Fax: 0941 598 79 24
E-Mail: bez.oberpfalz@kzvb.de

Mitteilung über die Tätigkeitsaufnahme eines angestellten Zahnarztes

Der vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte Südbayern / Nordbayern *) mit Bescheid

vom _____ genehmigte angestellte Zahnarzt

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Straße / Hausnummer / PLZ / Ort

hat die zahnärztliche Tätigkeit in der Praxis am _____ aufgenommen.

- Ganztags (über 30 Stunden pro Woche) Dreiviertel (über 20 bis 30 Stunden pro Woche)
 Halbtags (über 10 bis 20 Stunden pro Woche) Viertel (bis 10 Stunden pro Woche)

Praxisstempel mit ABE-Nummer

Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes

*) Unzutreffendes streichen

**Bei Nichtaufnahme oder Beendigung der Beschäftigung ist die KZVB-Bezirksstelle
und der Zulassungsausschuss unverzüglich zu benachrichtigen.**