

Bei **Nichtaufnahme, Beendigung oder Unterbrechung**
der Beschäftigung bitte ausgefüllt zurückschicken an

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

Abmeldung eines Assistenten

Der von der KZVB – Bezirksstelle Oberpfalz – mit Bescheid vom _____
genehmigte

- Vorbereitungsassistent Weiterbildungsassistent Entlastungsassistent
 ganztags halbtags

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr. / PLZ / Ort: _____

Hat die zahnärztliche Tätigkeit

- nicht aufgenommen
 beendet am: _____

Wegen Mitteilung der Schwangerschaft (Unterbrechung der Vorbereitungszeit)

Beschäftigungsverbot ab: _____

Voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Voraussichtliche Wiederaufnahme der Beschäftigung: _____

**Rechtzeitig vor Wiederaufnahme der Beschäftigung ist ein entsprechender
Antrag bei der Bezirksstelle einzureichen.**

Datum und Unterschrift des Vertragszahnarztes

Datum und Unterschrift des Assistenten

Praxisstempel mit ABE-Nr.