

Antrag auf Änderung der Gebietsbezeichnung eines angestellten Zahnarztes

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14
bzw. 0911 / 58 88 83-12
Fax: 089 / 7 24 01-602

Antragssteller: _____

Für den vom Zulassungsausschuss Nordbayern mit Bescheid vom _____

genehmigten angestellten Zahnarzt:

Name: _____ Vorname: _____

wird ab dem _____ die Änderung der Gebietsbezeichnung gem. § 24 Abs. 6 ZÄ-ZV
beantragt.

Die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**“

wurde am _____ von _____

ausgestellt.

Sofern der Zahnarzt nicht in das Zahnarztregister der KZVB eingetragen ist, ist eine Kopie der Weiter-
bildungsurkunde sowie ein aktueller Registerauszug beizulegen, aus dem sich der Tag der Anerken-
nung des Rechts zum Führen der Gebietsbezeichnung ergibt.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am _____
auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärz-
tebank eG Nürnberg – | **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72** | **BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

Ort, Datum, Unterschrift des angestellten Zahnarztes

ABE-Praxisstempel:

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#)