

Beginn/Ende einer Tätigkeit

Rückantwort

Zahnärztlicher Bezirksverband
Niederbayern
Am Essigberg 14
94315 Straubing

Fax-Nr. 09421-56 86 88 88

Rückantwort von ZÄ/ZA/Dr. _____

Bitte Vor- und Nachnamen eintragen

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen

Ich bin ab _____ in eigener Praxis niedergelassen.

Praxisanschrift: _____

Telefon/Fax _____

Email _____

Ich bin ab _____ vorübergehend ohne Tätigkeit

Mir wurde zum _____ Beschäftigungsverbot ausgesprochen

voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Elternzeit ab: _____

Wiederaufnahme der Tätigkeit: _____

Sonstige Tätigkeit (auch berufsfremde) _____

Ruhen der Tätigkeit von _____ bis _____

Ich nehme die **Tätigkeit**

als Vorbereitungsassistent/in

als Vertreter/in

als angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin am _____ in folgender Praxis auf:

Ich bin bei folgendem Bezirksverband/bei folgender Kammer gemeldet (falls nicht Niederbayern)

• Meine aktuelle Privatanschrift lautet: _____

• Meine private Telefonnummer lautet: _____

Ort, Datum

Unterschrift