

**Zahnärztlicher Bezirksverband Niederbayern**  
**Am Essigberg 14, 94315 Straubing, Fax: 09421/56 86 88 - 88**

**Antrag auf Ehrung verdienter**

**Zahnarzhelferinnen (ZAH)/Zahnmedizinischer Fachangestellten (ZFA)**

für

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Praxiszugehörigkeit in ein- und derselben Praxis: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- 15 Jahre  
 20 Jahre  
 25 Jahre
- 

**Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt:**

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Antragstellers

**Der Antrag ist unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums der zu Ehrenden  
an den  
Zahnärztlichen Bezirksverband Niederbayern, Am Essigberg 14, 94315 Straubing zu stellen.**

Weitere Informationen erhalten Sie beim Zahnärztlichen Bezirksverband Niederbayern,  
Frau Zimmermann, Tel. 0 94 21 / 56 86 88 – 40.

- 
- Mit einer Veröffentlichung in den Zahnärztlichen Nachrichten Niederbayern (ZNN) bin ich **nicht** einverstanden.