



ANMELDUNG

beim Zahnärztlichen Bezirksverband **Niederbayern**

Familienname:		Geburtsname:	
Vorname(n):		Ehemaliger Name: (geschieden etc.)	
Geburtsdatum:		Geburtsort und Land:	
Staatsangehörigkeit:		Einbürgerung am:	
Privatanschrift			
PLZ:	Wohnort:	Straße:	
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:	
Handy:		E-Mail:	
Staatsexamen: (letzter Prüfungstag)	Datum:	Ort:	
Approbation	Datum:	Ort:	
Promotion:	Datum:	Ort:	
Erlaubnis nach § 13 ZHG	Datum:	Ort:	
Ärztl. Approbation	Datum:	Ort:	
Ärztl. Promotion	Datum:	Ort:	
Anerkennung als			
<input type="checkbox"/> Zahnarzt f. KFO	<input type="checkbox"/> Zahnarzt f. Oralchirurgie	<input type="checkbox"/> Zahnarzt, MKG-Chirurgie	
Datum:		Ort:	
Niederlassung seit/ab			
<input type="checkbox"/> in freier Praxis			
<input type="checkbox"/> in Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis mit:			
<input type="checkbox"/> in Praxisgemeinschaft mit:			
<input type="checkbox"/> <u>ausschließlich</u> ärztlich tätig		<input type="checkbox"/> <u>ausschließlich</u> privatzahnärztlich tätig	
<input type="checkbox"/> in einer Zweigpraxis		<input type="checkbox"/> in einer Zweitpraxis	
Praxisanschrift (nur bei eigener Praxis)			
PLZ:	Ort:	Straße:	
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:	
E-Mail:			
-----BITTE WENDEN-----			

ANMELDUNG beim ZBV Niederbayern

<input type="checkbox"/> Teilzeit tätig	<input type="checkbox"/> Vollzeit tätig
Vorbereitungsassistent/in seit/ab:	
Entlastungsassistent/in seit/ab:	
Weiterbildungsassistent/in-KFO seit/ab:	
Weiterbildungsassistent/in-Oralchirurgie seit/ab:	
Angestellte/r Zahnarzt/in seit/ab:	
Vertreter/in seit/ab:	
Arbeitgeber (Name, Anschrift):	
Sonstige Tätigkeit seit/ab:	
als:	bei:
<input type="checkbox"/> derzeit nicht zahnärztlich tätig :	
Bei einem anderen ZBV /einer anderen Kammer bereits gemeldet:	
Anschrift:	

<input type="checkbox"/> Hiermit gestatte ich widerruflich dem ZBV Niederbayern oder der Bayerischen Landeszahnärztekammer meine E-Mail-Adresse zu verwenden.
<input type="checkbox"/> Ich bin gegen eine Verwendung

Ort, Datum

Unterschrift

HINWEIS:

Jede Änderung muss dem zuständigen ZBV formlos oder mithilfe des entsprechenden Vordrucks gemeldet werden.