

# 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

Wir machen darauf aufmerksam, dass die angegebenen Daten ausschließlich zweckgebundene Verwendung finden und bei Abgabe der Akte an die künftige Zahnärztekammer bzw. den Bezirksverband weitergegeben werden.