

Zahnärztlicher Bezirksverband Niederbayern
Am Essigberg 14, 94315 Straubing, E-Mail: info@zbv-niederbayern.de

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.
