

Beginn/Ende einer Tätigkeit

Rückantwort

Zahnärztlicher Bezirksverband
Niederbayern
Am Essigberg 14
94315 Straubing

E-Mail: biendl@zbv-niederbayern.de

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: _____

E-Mail: _____

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

Vertreter/in

angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin

in Vollzeit (Stunden: _____) in Teilzeit (Stunden: _____)

am _____ in der/den folgende/n Praxis/Praxen auf:

• Praxis 1: _____

• ggf. Praxis 2: _____

• _____

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

• Meine aktuelle Privatanschrift lautet:

• Meine private Telefonnummer lautet:

Ort, Datum

Unterschrift