

Zahnärztliche Tätigkeit



Rückantwort

Zahnärztlicher Bezirksverband
Niederbayern
Am Essigberg 14
94315 Straubing

Email: biendl@zbv-niederbayern.de

Fax-Nr. 09421-56 86 88 88

Absender:

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen

Ich übe seit _____ meinen zahnärztlichen Beruf bis vorauss.
_____ **nicht** aus.

Ich übe seit/ab _____ folgende Tätigkeit aus:
(jede Tätigkeit, nicht nur zahnärztliche Tätigkeit)

als Vorbereitungsassistent/in von _____ bis _____

als Entlastungsassistent/in von _____ bis _____

als Weiterbildungsassistent/in von _____ bis _____

als Vertreter/in von _____ bis _____

als angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin ab _____

ganztags

halbtags

Teilzeit

Antrag auf Genehmigung/Verlängerung*) wurde stattgegeben (von der KZVB-Bezirksstelle Niederbayern oder dem Zulassungsausschuss Südbayern) **Bitte Kopie als Anlage beifügen!**

Antrag auf Genehmigung/Verlängerung*) wurde

noch nicht stattgegeben (von der KZVB-Bezirksstelle Niederbayern oder dem Zulassungsausschuss Südbayern)

noch nicht eingereicht (bei der KZVB-Bezirksstelle Niederbayern oder dem Zulassungsausschuss Südbayern)

Arbeitgeber:

Name: _____

Anschrift: _____

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.