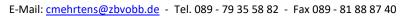
## Zahnärztlicher Bezirksverband Oberbayern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Messerschmittstr. 7 - 80992 München - <u>www.zbvobb.de</u>





## Meldeformular / Mitgliederbogen

Name		(ggf. Geburtsname)	vorname/n			
Titel						
geb. am	in		La	nd:		
Staatsangehöri	gkeit		ggf. Einbürgerungsdatum	(begl. Abschrift oder Fotokopie	e beifügen)	
Privatanschrift	Straße		PLZ	Ort		
	Telefon / Mobilnummer	E-Mail				
Praxisanschrift (bei <u>eigener</u> Praxis)	Straße		PLZ	Ort		
	Telefon	Fax	E-Mail			
Ausstellungsdatum und -ort des Staatsexamens: am in in						
Ausstellungsdatum und -ort der Zahnärztlichen Approbation: am in						
Ausstellungsdatum und -ort der Zahnärztlichen Promotion: am in (Abschrift oder Fotokopie in beglaubigter Form beifügen, bei Erstmeldung)						
Anerkennung des ausländischen akademischen Grades / Berufsdoktorat durch						
	tum und -ort des Grades: am okopie in beglaubigter Form beifügen, be		in			
mit folgender G	iradführung					
Angaben zur Tätigkeit für die Beitragseinstufung (Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen)		bitte einen Arbeitgeb	er eintragen (gemäß der	KZVB Genehmigung		
v Vorbereitung	s- oder Weiterbildungsassistent/	in bei	seit	in		
angest. Zahna	arzt/ärztin oder Entlastungsassist	ent/in bei	seit	in		
angest. Zahna	arzt/ärztin <u>in Weiterbildung</u> bei		seit	in		
Sonstige Täti	gkeit (Bundeswehr, Industrie etc.	) bei	seit	in		
niedergelasse	en in eigener Praxis in			seit/ab		
es besteht ei	ne <b>GP PG BAG</b> mit:					
vorübergehe	nd nicht tätig wegen		seit			
in Ruhestand	ab/seit:					

Ärztliche Approbation: am	
Ärztliche Promotion: am	
Anerkennung für Gebietsbezeichnung (Zutreffendes ankreuzen)	
Kieferorthopädie durch mit Bescheid	d vom
Oralchirurgie durch mit Bescheid	l vom
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch mit Bescheic	i vom
Arbeitserlaubnis gem. § 13 ZHKG (Abschrift oder Fotokopie in beglaubigter Form beifügen, bei Erstmeldung)	
in fachlich abhängiger Stellung für die Praxis	
erteilt von der Regierung v. Oberbayern am: befr	istet bis
Zahnärztliches Staatsexamen abgelegt: am	
Berufshaftpflichtversicherung: Wir bitten umgehend um Zusendung eines Nachweises über das Bestehen eines	r Berufshaftpflichtversicherung in Form
einer Kopie Ihres Versicherungsscheines oder einer Bestätigung der Versicheru	ng über das Bestehen eines Vertrages
Sollten Sie über Ihren Arbeitgeber mitversichert sein, bitten wir Sie, uns dies	durch Zusendung einer Kopie der o.g
Unterlagen Ihres Arbeitgebers ebenso nachzuweisen.	
Ist diese Anmeldung beim Zahnärztlichen Bezirksverband Oberbayern Ihr	re Erstanmeldung bei einer
zahnärztlichen Berufsorganisation ja	nein
Falls nein, wo waren Sie vorher als Mitglied gemeldet:	
( <u>letzte</u> Kammer / zuständige Körperschaft)  **Bitte melden Sie sich dort ab**	
Ich stimme der Weitergabe meiner angegebenen Daten an die BLZK hiermit zu:	
Ort, Datum Unterschrift	