ZAHNÄRZTLICHER BEZIRKSVERBAND ZBV OBERBAYERN

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberbayern
Messerschmittstr. 7, 80992 München

Ihre Antwort per Fax: 089 - 81 88 87 40
oder per Mail: cmehrtens@zbvobb.de

Aktualisierung von Mitglied _____

Bitte Titel, Vor- und Nachnamen eintragen

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen ggf. streichen

Ich bin **ab / seit** _____ in eigener Praxis oder **MVZ** niedergelassen
☐ Kassenzulassung ☐ Zweitpraxis ☐ Privatpraxis

GP / PG / BAG mit: .....

Praxisanschrift: ....
Straße PLZ Ort

....
Telefon E-Mail

Angaben zur Tätigkeit

☐ Vorbereitungsassistent/in **ab / seit** .....
☐ Weiterbildungsassistent/in **ab / seit** .....
☐ Entlastungsassistent/in **ab / seit** .....
☐ Angestellte/r Zahnarzt /-ärztin in Weiterbildung **ab / seit** .....
☐ Angestellte/r Zahnarzt /-ärztin **ab / seit** .....
☐ Sonstige Tätigkeit (auch berufsfremde) **ab / seit** .....
in Form von: .....

in folgender Praxis **oder** MVZ (bitte ***einen*** Arbeitgeber eintragen, gemäß KZVB Genehmigung):

....
Name des Arbeitgebers Straße PLZ Ort

☐ Ich bin **ab / seit** ..... vorübergehend ohne Tätigkeit

☐ Ich bin **ab / seit** ..... im Ruhestand

Sonstige Anmerkungen:.....

Meine aktuelle Privatanschrift lautet:

....
Straße PLZ Ort

....
Telefon / Mobilnummer E-Mail

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....