

Absender:

.....
.....
.....

Rückantwort

Zahnärztlicher Bezirksverband
Oberpfalz
Albertstraße 8
93047 Regensburg

Fragebogen bezüglich Tätigkeit/en

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen

1. Ich übe seit meinen zahnärztlichen Beruf bis voraussichtlich
nicht aus.
2. Ich übe seit/ab folgende Tätigkeit aus:
(jede Tätigkeit, nicht nur zahnärztliche Tätigkeiten)

-
- Vorbereitungsassistent/in
- Entlastungsassistent/in
- Weiterbildungsassistent/in für _____ (KFO oder Oralch.)
- Angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin
- Vertreter/in
- Assistent/in an der ZMK-Klinik Regensburg/Abteilung: _____
(In Weiterbildung Ja Nein)
- ganztags halbtags Teilzeit

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

- Antrag auf Genehmigung/Verlängerung *) wurde
- noch nicht stattgegeben (von der KZVB-Bezirksstelle Oberpfalz oder dem Zulassungsausschuss Nordbayern)
- noch nicht eingereicht (bei der KZVB-Bezirksstelle Oberpfalz oder dem Zulassungsausschuss Nordbayern)

Arbeitgeber:

Name: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Bitte beachten Sie, dass der ZBV Oberpfalz unverzüglich in Kenntnis zu setzen ist, wenn sich Änderungen (z.B. Wohnungsanschrift, Aufnahme und Beendigung einer Tätigkeit, Stellenwechsel, Promotion, Niederlassung usw.) ergeben.