

## Meldeformular / Mitgliederbogen

Name ..... Vorname/n .....  
(ggf. Geburtsname)

Titel .....

geb. am ..... in ..... Land: .....

Staatsangehörigkeit ..... ggf. Einbürgerungsdatum .....  
(begl. Abschrift oder Fotokopie beifügen)

Privatanschrift .....  
(Pflichtangaben) Straße PLZ Ort

Telefon / Mobilnummer E-Mail

Praxisanschrift .....  
(bei eigener Praxis) Straße PLZ Ort

Telefon Fax E-Mail

Ausstellungsdatum und -ort des Staatsexamens: am ..... in .....

Ausstellungsdatum und -ort der Zahnärztlichen Approbation: am ..... in .....  
(Abschrift oder Fotokopie in beglaubigter Form beifügen, bei Erstmeldung)

Ausstellungsdatum und -ort der Zahnärztlichen Promotion: am ..... in .....  
(Abschrift oder Fotokopie in beglaubigter Form beifügen, bei Erstmeldung)

Anerkennung des ausländischen akademischen Grades / Berufsdoktorat durch .....

Ausstellungsdatum und -ort des Grades: am ..... in .....  
(Abschrift oder Fotokopie in beglaubigter Form beifügen, bei Erstmeldung)

mit folgender Gradführung.....

**Angaben zur Tätigkeit für die Beitragseinstufung**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen)

**bitte einen Arbeitgeber eintragen (gemäß der KZVB Genehmigung)**

v Vorbereitungs- oder Weiterbildungsassistent/in bei ..... seit ..... in .....

angest. Zahnarzt/ärztin oder Entlastungsassistent/in bei ..... seit ..... in .....

angest. Zahnarzt/ärztin in Weiterbildung bei ..... seit ..... in .....

Sonstige Tätigkeit (Bundeswehr, Industrie etc.) bei ..... seit ..... in .....

niedergelassen in eigener Praxis in ..... seit/ab .....

es besteht eine **GP PG BAG** mit: .....

vorübergehend nicht tätig wegen ..... seit .....

in Ruhestand ab/seit: .....

Ärztliche Approbation: am ..... in .....  
(Abschrift oder Fotokopie in beglaubigter Form beifügen, bei Erstmeldung)

---

Ärztliche Promotion: am ..... in .....  
(Abschrift oder Fotokopie in beglaubigter Form beifügen, bei Erstmeldung)

---

Anerkennung für Gebietsbezeichnung  
(Zutreffendes ankreuzen)

Kieferorthopädie durch ..... mit Bescheid vom .....

Oralchirurgie durch ..... mit Bescheid vom .....

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch ..... mit Bescheid 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: ..... befristet bis .....

Zahnärztliches Staatsexamen abgelegt: am ..... in .....  
(begl. Übersetzung der Urkunde ist beizufügen, bei Erstmeldung)

---

### Berufshaftpflichtversicherung:

Wir bitten umgehend um Zusendung eines Nachweises über das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung in Form einer Kopie Ihres Versicherungsscheines oder einer Bestätigung der Versicherung 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 Ihre Erstanmeldung bei einer*

*zahnärztlichen Berufsorganisation ja nein*

Falls *nein*, wo waren Sie vorher als Mitglied gemeldet:

.....  
(letzte Kammer / zuständige Körperschaft)

**\*\*Bitte melden Sie sich dort ab\*\***

Ich stimme der Weitergabe meiner angegebenen Daten an die BLZK hiermit zu:

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