

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberbayern
Messerschmittstr. 7 in 80992 München

Faxnummer für Ihre Antwort: 089 – 81 88 87 40

Aktualisierung von Mitglied ZA / Dr. _____

Bitte Vor- und Nachnamen eintragen

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen ggf. streichen

Ich bin ab / seit _____ in eigener Praxis oder MVZ (Kassenzulassung oder. Privatpraxis) niedergelassen, ggf. 2. Praxis, bitte auch mit angeben.

GP / PG / BAG mit:

Praxisanschrift:

.....

Tel./ Fax.....

Ich bin ab / seit _____ vorübergehend ohne Tätigkeit.
bzw. ab / seit _____ im Ruhestand

sonstige Tätigkeit (auch berufsfremde) ab / seit.....

in Form von:

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

in folgender Praxis oder MVZ (bitte **einen** Arbeitgeber eintragen)

.....

Bitte beantworten Sie außerdem folgende Fragen:

➤ Meine aktuelle Privatanschrift lautet:

.....

➤ Meine private Telefonnummer lautet:

E-Mail:

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____