

Zurück an

Zahnärztlicher Bezirksverband  
München Stadt und Land  
Georg-Hallmaier-Str. 6  
81369 München

per Fax: 089 / 723 88 73  
oder E-Mail: mv@zbvmuc.de

**Rückantwort von ZA / Dr.** \_\_\_\_\_

**Bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen**

- Ich bin ab / seit \_\_\_\_\_ in eigener Praxis niedergelassen
  - Kassenzulassung
  - Privatpraxis
  
- GP / PG / BAG mit: \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift:** .....  
Straße PLZ Ort  
.....  
Telefon E-Mail

Sonstige Tätigkeit als:

Vorbereitungsassistent/in ab / seit \_\_\_\_\_  
Weiterbildungsassistent/in ab / seit \_\_\_\_\_  
Entlastungsassistent/in ab / seit \_\_\_\_\_  
Angestellte/r Zahnarzt /-ärztin ab / seit \_\_\_\_\_  
berufsfremde Tätigkeit ab / seit \_\_\_\_\_

**In der Praxis:** \_\_\_\_\_  
Name Ort

- Ich bin ab / seit \_\_\_\_\_ vorübergehend ohne Tätigkeit
- Ich bin ab / seit \_\_\_\_\_ im Ruhestand

**Privatanschrift:** .....  
Straße PLZ Ort  
.....  
Telefon E-Mail

Datum ..... Unterschrift .....