

Zahnärztlicher Bezirksverband München

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Fallstr. 34 - 81369 München - Tel. 089 / 72 480 -304 Fax 089 / 72 38 873

www.zbvmuc.de E-Mail: kwemhoener@zbvmuc.de

Personalbogen

(für einen Zahnarztweis bitte 2 Passbilder beilegen)

Name Vorname
(ggf. Geburtsname)

Titel

geb. am in Land

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

in Bayern seit:

Privatanschrift

PLZ Ort Straße

Telefon Fax E-Mail

Praxisanschrift

(nur bei eigener Praxis) PLZ Ort Straße

Telefon Fax E-Mail

Ausstellungsdatum und -ort der Approbationsurkunde als Zahnarzt

.....

(begl. Abschrift oder Abdruck beifügen)

Zahnärztliche Promotion am Univ.

(begl. Abschrift oder Abdruck beifügen)

Angaben für Beitragseinstufung:

(Zutreffendes bitte ausfüllen)

- als Assistent tätig bei ab /seit

- als Vertreter tätig bei ab /seit

- als angest. Zahnarzt tätig bei ab /seit

- Bundeswehrzeit von..... ab /seit

- niedergelassen in eigener Praxis in ab /seit

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

- vorübergehend nicht tätig wegen

- im Ruhestand seit

Ärztliche Approbation am

Ärztliche Promotion am



Anerkennung für Gebietsbezeichnung

(Zutreffendes ankreuzen)

Kieferorthopädie durch mit Bescheid vom

Oralchirurgie durch mit Bescheid vom

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch mit Bescheid vom

Für Ausländer: Staatsangehörigkeit:

Aufenthaltserlaubnis von bis

erteilt vom am

Arbeitserlaubnis gem. § 13 ZHKG

(begl. Abschrift oder Fotokopie beifügen)

in fachlich abhängiger Stellung

für die Praxis befristet bis

in eigener Praxis befristet bis

erteilt von der Regierung v. Oberbayern am

Zahnärztliches Staatsexamen abgelegt (Herkunfts- bzw. Heimatland)

am in

(begl. Übersetzung der Urkunde ist beizufügen)

Anerkennung des ausländischen akademischen Grades durch

mit Bescheid vom

(begl. Abschrift oder Fotokopie beifügen)

mit folgender Abkürzung

.....

Ist diese Anmeldung beim Zahnärztlichen Bezirksverband München Ihre Erstanmeldung bei einer zahnärztlichen Berufsorganisation ja nein

Wo waren Sie vorher als Mitglied gemeldet?

(die Angabe der Stadt inkl. PLZ genügt)

§4 der Berufsordnung, Berufshaftpflichtversicherung: Hiermit weisen wir Sie auf Ihre Pflicht hin, uns eine Kopie Ihrer Versicherungspolice (ggf. des Arbeitgebers) und des dazugehörigen Beitragsbescheides zukommen zu lassen

Eigene Versicherung

Versicherung des Arbeitgebers

Noch keine vorhanden

Datum **Unterschrift**