

# Zahnärztlicher Bezirksverband München

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Georg-Hallmaier-Str. 6 - 81369 München - Tel. 089 / 72 480 -304 Fax 089 / 72 38 873

[www.zbvmuc.de](http://www.zbvmuc.de) E-Mail: [kwemhoener@zbvmuc.de](mailto:kwemhoener@zbvmuc.de)

## Personalbogen

Name ..... Vorname .....  
(ggf. Geburtsname)

Titel .....

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

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

Privatanschrift .....  
PLZ Ort Straße

Telefon Fax E-Mail

Praxisanschrift .....  
(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 .....
- 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 .....
- Sonstiges .....

Ärztliche Approbation am .....

Ärztliche Promotion am .....

**Anerkennung für Gebietsbezeichnung**

(Zutreffendes ankreuzen)

Kieferorthopädie  durch ..... mit Bescheid vom .....  
Oralchirurgie  durch ..... mit Bescheid vom .....  
MKG-Chirurgie  durch ..... mit Bescheid vom .....

**Für Ausländer:** Staatsangehörigkeit: .....

**Aufenthaltserlaubnis von** ..... **bis** .....  
**erteilt von** ..... **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

**Falls 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** .....