

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 E-Mail: aschilcher@zbvmuc.de

Personalbogen

Name Vorname
(ggf. Geburtsname)

Titel

geb. am in Land

Staatsangehörigkeit ggf. Einbürgerungsdatum
(beglaubigte 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

(beglaubigte Abschrift beifügen)

Zahnärztliche Promotion am Univ.

(beglaubigte Abschrift beifügen)

Angaben für Beitragseinstufung:

(Zutreffendes bitte ausfüllen; mit NAMEN d. Arbeitgebers/in)

- als Assistent/in tätig bei ab /seit
- als Vertreter/in tätig bei ab /seit
- als angest. Zahnarzt/ärztin 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

(beglaubigte Abschriften beifügen)

Anerkennung für Gebietsbezeichnung

(Zutreffendes ankreuzen)

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

Für Nicht-EU-Bürger/innen: 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 PLZ & Stadt genügt)

Für einen Zahnarzteausweis 2 Passbilder mit Namen versehen beilegen

§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**

Ort, Datum **Unterschrift**