

**Zahnärztlicher Bezirksverband Niederbayern  
Am Essigberg 14, 94315 Straubing**

**Antrag auf Ehrung verdienter**

**Zahnarzhelferinnen (ZAH)/Zahnmedizinischer Fachangestellten (ZFA)**

**für**

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Praxiszugehörigkeit in ein- und derselben Praxis:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

15 Jahre

20 Jahre

25 Jahre

---

**Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt:**

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Antragstellers

**Der Antrag ist unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums der zu Ehrenden  
an den**

**Zahnärztlichen Bezirksverband Niederbayern, Am Essigberg 14, 94315 Straubing zu stellen.**

**Zurücksenden an die E-Mail [info@zbv-niederbayern.de](mailto:info@zbv-niederbayern.de) oder Fax-Nr.  
09421/568688 - 88**

Weitere Informationen erhalten Sie beim Zahnärztlichen Bezirksverband Niederbayern, unter der Tel.  
09421/568688 - 0

---