

Beenden der Zulassung oder/und Aufgabe der zahnärztlichen Tätigkeit

Rückantwort

Zahnärztlicher Bezirksverband
Niederbayern
Am Essigberg 14
94315 Straubing

Fax-Nr. 09421-56 86 88-88

Rückantwort von ZÄ/ZA/Dr. _____
Bitte Vor- und Nachnamen eintragen

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen

Ich bin ab _____ in eigener Praxis **privatzahnärztlich** tätig.

Praxisanschrift: _____

Telefon/Fax _____

Ich bin ab _____ zahnärztlich tätig als _____

Praxisanschrift: _____

Telefon/Fax _____

Ich gebe meine zahnärztliche Tätigkeit zum _____
vollständig auf (= Ruhestand/auf Dauer nicht tätig)

• Meine aktuelle Privatanschrift lautet: _____

• Meine private Telefonnummer lautet: _____

• Meine Email-Adresse lautet: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Wir machen darauf aufmerksam, dass die angegebenen Daten ausschließlich zweckgebundene Verwendung finden und bei Abgabe der Akte an die künftige Zahnärztekammer bzw. den Bezirksverband weitergegeben werden.