

An die KZV Nordrhein
-Assistenten Zahnärzte-
40181 Düsseldorf

Absender: (Praxisstempel/Abrechnungstempel)
--

Abmeldung des Assistenten /der Assistentin

Der/die vom Vorstand der KZV Nordrhein mit Bescheid vom(Datum)
genehmigte Assistent/ Assistentin:

Name: Vorname:
beendet ihre/seine zahnärztliche Tätigkeit in meiner/unsere Praxis mit Ablauf
des(Datum des Ausscheidens).

Vorübergehende Abmeldung aufgrund von Schwangerschaft der Assistentin

Beschäftigungsverbot ab (Datum)

voraussichtlicher Geburtstermin (Datum)

voraussichtliche Wiederaufnahme
 der Assistenzzeit(Datum)
(Achtung: Antrag erforderlich)

.....
Ort, Datum und Unterschrift Vertragszahnarzt/in