

ANTRAG AUF GENEHMIGUNG ZUR BESCHÄFTIGUNG EINES
ASSISTENTEN MIT BERUFSERLAUBNIS



KZV Berlin
Abt. Zulassung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de
Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten mit Berufserlaubnis.

Beschäftigungsdauer vom _____ bis zum _____

wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden

Wem wird der Assistent zugeordnet? _____

Unterschrift des Zahnarztes, dem der Assistent zugeordnet ist: _____

Angaben zum Assistenten

Titel, Vor- und Zuname _____
Telefon

Straße _____
E-Mail-Adresse

Postleitzahl _____
Ort

Geburtsdatum _____
Geburtsort/Geburtsland _____
Staatsangehörigkeit

Berufserlaubnis vom _____ (Kopie ist beigelegt)

Promotion vom _____ (Kopie ist beigelegt)

Datum _____
Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin