AKTUALISIERUNG DER MITGLIEDERDATEN

(www.zbv-ufr.de/Mitgliedschaft)

Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken

Bitte ausfüllen und per Post, per Fax an 0931 32114-14 oder via E-Mail an mitgliederverwaltung@zbv-ufr.de.

ZBV Unterfranken
Dominikanerplatz 3d
97070 Würzburg

neue Adresse: ☐ ja ☐ nein

_____
Ihr Titel, Vorname, Name

_____
Straße, PLZ, Ort

_____
Telefonnummer E-Mail-Adresse (Pflichtangabe)

Änderung / Beendigung der Tätigkeit (Tag/Monat/Jahr):

O Vorbereitungsassistent/in ab/seit/bis _____☐ Vollzeit ☐ Halbtags ☐ Teilzeit

O Weiterbildungsassistent/in ab/seit/bis _____☐ Vollzeit ☐ Halbtags ☐ Teilzeit

O Entlastungsassistent/in ab/seit/bis_____☐ Vollzeit ☐ Halbtags ☐ Teilzeit

O Vertreter/in ab/seit/bis_____☐ Vollzeit ☐ Halbtags ☐ Teilzeit

O angestellte/r Zahnarzt/-ärztin ab/seit/bis_____☐ Vollzeit ☐ Halbtags ☐ Teilzeit

O berufsfremde Tätigkeit ab/seit/bis_____☐ Vollzeit ☐ Halbtags ☐ Teilzeit

in folgender Praxis:

_____
Titel, Vorname, Name

_____
Straße, PLZ, Ort

_____
Telefonnummer, E-Mail-Adresse (Pflichtangabe)

Wechsel Arbeitgeber: ☐ ja ☐ nein

AKTUALISIERUNG DER MITGLIEDERDATEN

(www.zbv-ufr.de/Mitgliedschaft)

Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken

Bitte ausfüllen und per Post, per Fax an 0931 32114-14 oder via E-Mail an mitgliederverwaltung@zbv-ufr.de.

Abmeldung (Tag/Monat/Jahr):

O Ich bin im Beschäftigungsverbot seit/ab _____ geplanter Geburtstermin: _____

O Ich bin in Elternzeit ab _____ bis voraussichtlich _____
(bitte einfache Kopie der Geburtsurkunde zusenden für die Beitragseinstufung)

O Ich bin z. Zt. ohne Tätigkeit seit/ab _____

O Ich bin im Ruhestand seit/ab _____

O Ich wechsle in einen anderen Kammerbereich ab _____

in folgende Kammer: _____

O Ich bin seit / ab nicht mehr in Deutschland wohnhaft: _____

Land (ggf. Adresse) : _____

_____

Niederlassung (Tag/Monat/Jahr):

O Ich bin niedergelassen in eigener Praxis seit/ab _____

O Kassenzulassung O Privatpraxis O GP/PG/BAG mit: _____

O Änderung der Praxisanschrift ab: _____

Anschrift der Praxis: Name _____

_____
Straße, PLZ, Ort

_____
Telefonnummer, E-Mail-Adresse

AKTUALISIERUNG DER MITGLIEDERDATEN

(www.zbv-ufr.de/Mitgliedschaft)

Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken

Bitte ausfüllen und per Post, per Fax an 0931 32114-14 oder via E-Mail an mitgliederverwaltung@zbv-ufr.de.

Änderung persönliche Daten:

Ich bitte um Änderung meiner persönlichen Daten **(bitte beglaubigte Urkunde vorlegen)** wegen

O Titelführung (Promotion, Master of Science, Professur, Gebietsbezeichnung)

Ich bitte um Änderung meiner persönlichen Daten lt. beil. Urkunde (einfach Kopie) wegen

O Familienstand

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die vom ZBV Unterfranken geforderten personenbezogenen Daten werden gemäß den derzeit geltenden gesetzlichen Datenschutzrechtsverordnungen erhoben, bearbeitet und gespeichert. Weiteres finden Sie unter www.zbv-ufr.de unter Datenschutzerklärung oder durch den Datenschutzbeauftragten des ZBV Unterfranken.