



Antrag auf Beitragsjahresausgleich

Antragsteller	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Arbeitgeber / Praxisanschrift	
Zeitraum: wöchentliche/mo- natliche Arbeits- zeit	

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen:

- Bescheinigung der KZV Bremen über die Genehmigung des Assistenten/angestellten Zahn-
arztes bzw. des Praxisvertreters mit der Aufschlüsselung für das gesamte Beitragsjahr sowie
über die dort gespeicherten Arbeitszeiten.
- Eine Jahresgehaltsbescheinigung bzw. im Fall des Praxisvertreters eine Bescheinigung über
die im Vertretungszeitraum gezahlte Vergütung (z.B. Rechnung oder Bescheinigung des Pra-
xisinhabers)
- Gegebenenfalls Angaben über eine Mehrfachbeschäftigung.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie einem Datenabgleich mit der KZV Bremen zu und bestätigen die
Richtigkeit Ihrer Angaben.

Bremen, den

Unterschrift Antragsteller/-in

Bremen, den

Unterschrift Arbeitgeber/-in