

WOHNSITZZAHNARZT/-ZAHNÄRZTIN
Antrag auf Eintragung in die Zahnärzteliste *

* Wohnsitzzahnärzte/-innen sind Angehörige des zahnärztlichen Berufs, die ausschließlich solche wiederkehrenden zahnärztlichen Tätigkeiten ausüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern, noch in einem Dienstverhältnis ausgeübt werden (z.B. Praxisvertretungen; § 29 Abs.1 ZÄG).

Titel, Vor- und
Zuname: _____

Wohnsitzadresse: _____

Telefon/Fax/Mobil: _____

E-Mail: _____

Bisherige Eintragung
in die Zahnärzteliste: o Ersteintragung
 o niedergelassener Zahnarzt
 o angestellter Zahnarzt
 o ao. Kammermitglied

Hiermit ersuche ich gemäß § 29 Abs. 2 ZÄG um Eintragung als
Wohnsitzzahnarzt/-ärztin in die Zahnärzteliste der Österreichischen
Zahnärztekammer mit

Ort/Datum/Unterschrift: