

Datum/SachbearbeiterIn: _____

Niederlassungsmeldung

Zahnarzt-Nr.: _____ Sozialversicherungs-Nr.: _____

Titel, Vor- und Zuname: _____

Hauptwohnsitz: _____

Telefon/Fax/Email: _____

Postzustelladresse: _____

Niederlassungsmeldung per mit einer

- Erstordination
- Zweitordination
- Ordinations- und Apparategemeinschaft mit

Einrichtung: Fahrstuhl Behinderten gerecht
 ebenerdig Parkplatz

Ordinationsadresse: _____

Ordinationszeiten: _____

Telefon/Fax: _____

e-mail/homepage: _____

als

- Zahnarzt
- Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Dentist

Zusätzlich zu dieser Niederlassung übe ich folgende zahnärztliche Tätigkeit aus:
Anstellung/Wochenstunden, Dienststelle.....
Werkvertragliche Tätigkeit:.....
Weitere Ordination(en) in.....

Beendet wird im Zusammenhang mit dieser Niederlassungsmeldung folgende zahnärztliche Tätigkeit mit (genaues Datum).

Ort/Datum/Unterschrift: