ÖSTERREICHISCHE ZAHNÄRZTE KAMMER

Meldung der Berufsunterbrechung gem. § 44 Abs 1 ZÄG

Titel, Vor- und Zuname: _____

Wohnsitzadresse: _____

Telefon/Fax/Mobil: _____

E-Mail: _____

Bisherige Eintragung in die Zahnärzteliste:
o niedergelassener Zahnarzt/-ärztin
o angestellter Zahnarzt/ärztin
o Wohnsitzzahnarzt/-ärztin

Per Adresse (Ordinations- oder Dienstgeberadresse) _____

Ich erkläre, dass ich ab _____ bis voraussichtlich _____ den zahnärztlichen Beruf in Österreich nicht ausüben werde.

Begründung: _____

Ort, Datum, Unterschrift

Landeszahnärztekammer für Tirol – 6020 Innsbruck, Anichstraße 7/3
Tel: +43 (0)50511-6020, Fax +43 (0)50511-6026 , E-Mail: office@wtiroler.zahnaerztekammer.at
www.zahnaerztekammer.at