ÖSTERREICHISCHE ZAHNÄRZTE KAMMER

WOHNSITZZAHNARZT/-ZAHNÄRZTIN
Antrag auf Eintragung in die Zahnärzteliste *

* Wohnsitzzahnärzte/-innen sind Angehörige des zahnärztlichen Berufs, die ausschließlich solche wiederkehrenden zahnärztlichen Tätigkeiten auszuüben 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:
x 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: