ÖSTERREICHISCHE ZAHNÄRZTE KAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Datum/SachbearbeiterIn: _____

Niederlassungsmeldung

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

Titel, Vor- und Zuname: _____

Hauptwohnsitz: _____

Telefon/Fax/Email: _____

Postzustelladresse: _____

Niederlassungsmeldung per **.....** mit einer

x Erstordination o Zweitordination

o Ordinations- und Apparategemeinschaft mit

Einrichtung: o Fahrstuhl o Behinderten gerecht
o ebenerdig o Parkplatz

Ordinationsadresse: _____

Ordinationszeiten: _____

Telefon/Fax: _____

e-mail/homepage: _____

als
- x Zahnarzt
- o Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- o 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 die Tätigkeit als.....

Ort/Datum/Unterschrift: Innsbruck,