ÖSTERREICHISCHE ZAHNÄRZTE KAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Datum/SachbearbeiterIn: _____

Niederlegung der zahnärztlichen Ordination

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

Datum der Nieder-
Legung: _____

Titel, Vor- und Zuname: _____

Wohnsitzadresse: _____

Telefon/Mobil/Fax/Email: _____

Ordinationsadresse: _____

Telefon/Fax/Email: _____

Rücklegung der Kassenverträge

Hiermit teile ich mit, dass ich per ……..(genaues Datum) die Verträge mit der

- o ÖGK
- o BVAEB
- o SVS
- o KFA Wien kündige.

Weitere zahnärztliche Tätigkeit

Privatordination: o JA o NEIN

Adresse: _____

Wohnsitzzahnarzt: o JA o NEIN

Anstellung: o JA o NEIN

Dienstgeberadresse: _____

Beendigung der zahnärztlichen Tätigkeit: o JA o NEIN

Da ich die Altersversorgung des Wohlfahrtsfonds beziehen werde, beantrage ich die Weiterführung in der Landeszahnärztekammer für Tirol als

o Außerordentliches Mitglied o Kein Mitglied

Ort/Datum/Unterschrift: