

Datum/SachbearbeiterIn: \_\_\_\_\_

### **Niederlegung der zahnärztlichen Ordination**

Zahnarzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum der Niederlegung: \_\_\_\_\_

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

- ÖGK
- BVAEB
- SVS
- KFA Wien kündige.

### **Weitere zahnärztliche Tätigkeit**

Privatordination:       JA       NEIN

Adresse: \_\_\_\_\_

Wohnsitzzahnarzt:       JA       NEIN

Anstellung:       JA       NEIN

Dienstgeberadresse: \_\_\_\_\_

Beendigung der zahnärztlichen Tätigkeit:       JA       NEIN

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

- Außerordentliches Mitglied
- Kein Mitglied

Ort/Datum/Unterschrift: