ÖSTERREICHISCHE ZAHNÄRZTE KAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Datum/SachbearbeiterIn: _____

Verlegung der zahnärztlichen Ordination

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

Datum der Verlegung: _____

Titel, Vor- und Zuname: _____

Wohnsitzadresse: _____

Telefon/Fax/Email: _____

Ordinationsadresse alt: _____

Ordinationsadresse neu: _____

Telefon/Fax/Email/
Homepage: _____

_____

Ordinationszeiten: _____

_____

_____

Terminververeinbarung: ☐ erforderlich
☐ nicht erforderlich

Einrichtung: ☐ Fahrstuhl ☐ Behinderten gerecht
☐ ebenerdig ☐ Parkplatz

Schwerpunkte: _____

Ort/Datum/Unterschrift: