

**Schließung der zahnärztlichen Ordination**

Zahnarzt-Nr.:

Titel, Vor- und Zuname:

Wohnsitzadresse:

Telefon / Fax:

Ordinationsadresse:

Telefon / Fax:

**Rücklegung der Kassenverträge**

Hiermit teile ich mit, dass ich per ……………… (genaues Datum) folgende Verträge kündige:

[ ]  ÖGK [ ]  SVS [ ]  BVAEB [ ]  KFA

bzw.: Ende der Wahlzahnarztordination per ………………

**Weitere zahnärztliche Tätigkeit**

Privatordination: [ ]  JA [ ]  NEIN

Adresse:

Wohnsitzzahnarzt: [ ]  JA [ ]  NEIN

Anstellung: [ ]  JA [ ]  NEIN

Dienstgeberadresse:

Beendigung der zahnärztlichen Tätigkeit: [ ]  JA [ ]  NEIN

Nach Beendigung meiner zahnärztlichen Tätigkeit beantrage ich die Weiterführung in der Zahnärzte-liste als:

[ ]  Außerordentliches Mitglied [ ]  Kein Mitglied

 (freiwillige kostenpflichtige Mitgliedschaft ohne Berufsberechtigung)

Ort / Datum / Unterschrift: ………………

 