

**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: ………………

