

Antrag auf Ermäßigungsausweis

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Beginn des Anstellungsverhältnisses:

Ordinationsstempel +

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER FÜR WIEN – STANDESFÜHRUNG

Wien 1010, Kohlmarkt 11/6, Tel. **050511** FAX-DW **1014**

Anna Schwarz Tel.-DW 1013 @-Mail: schwarz@wr.zahnaerztekammer.at

Isabella Reiter Tel.-DW 1000 @-Mail: reiter@wr.zahnaerztekammer.at