

***EINTRAGUNG IN DIE
INTERESSENTENLISTE
FÜR KASSENVERTRÄGE***

Nachname:

Vorname:

Geboren am:

E-mail-Adresse:

Zustelladresse:

Tel.Nr.:

Handy Nr.:

Facharzt/ärztin für:

Facharzt/ärztin seit:

Zahnarzt/ärztin seit:

Ich stimme einer Publikation des Datums meiner Eintragung in die Interessentenliste auf der Homepage der Zahnärztekammer unter Angabe meiner Arztnummer zu.

Datum:

Unterschrift: