
Schließung der zahnärztlichen Ordination

Zahnarzt-Nr.: _____

Titel, Vor- und Zuname: _____

Ordinationsadresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Wohnsitzadresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Rücklegung der Kassenverträge

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

ÖGK BVAEB KFA SVS

bzw. Ende der Wahlzahnarztordination per _____

Weitere zahnärztliche Tätigkeit

Privatordination: JA NEIN

Adresse: _____

Wohnsitzzahnärzt:in: JA NEIN

Anstellung: JA NEIN

Dienstgeberadresse: _____

Beendigung der zahnärztlichen Tätigkeit: JA NEIN

Nach Beendigung meiner zahnärztlichen Tätigkeit beantrage ich die Weiterführung in der Zahnärzteliste als

außerordentliches Mitglied kein Mitglied
(freiwillige kostenpflichtige Mitgliedschaft ohne Berufsberechtigung)

Ort / Datum / Unterschrift: _____