

WOHNSITZZAHNARZT / WOHNSITZZAHNÄRZTIN

Mitteilung über die Beendigung der Tätigkeit

Zahnarzt-ID: Wien, ………………

Titel, Vor- und Zuname:

Wohnsitzadresse:

Telefon / Fax:

Ich **beende** per ……………… meine Tätigkeit als **Wohnsitzzahnarzt / Wohnsitzzahnärztin** inder Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer.

Nach Beendigung meiner **wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit** beantrage ich die Weiterführung in der Zahnärzteliste als:

[ ]  Außerordentliches Mitglied [ ]  Kein Mitglied

 (freiwillige kostenpflichtige Mitgliedschaft ohne Berufsberechtigung)

Anstellung: [ ]  JA [ ]  NEIN

Dienstgeberadresse:

Datum: ……………… 

 ......................…………………………………. Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin