

---

## Eigenerklärung über die Tätigkeit als Wohnsitzzahnärzt:in oder Wahlzahnärzt:in

---

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, dass ich in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

insgesamt an \_\_\_\_\_ Tagen als Wahlzahnärzt:in oder Wohnsitzzahnärzt:in tätig war.

Eine genaue Auflistung der Tage und Arbeitsorte ist umseitig oder auf einem Beiblatt nachvollziehbar anzugeben.

Bei zahnärztlicher Berufserfahrung im EWR sind schriftliche Eigenerklärungen sowie schriftliche Bescheinigungen der zuständigen ausländischen Behörden über die zahnärztliche Berufsberechtigung vorzulegen.

**Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Landeszahnärztekammer für Wien**  
1060 Wien, Linke Wienzeile 170  
Tel: 050511 1020  
niederlassung@wr.zahnaerztekammer.at

Hinweis: Dieses Formular dient zur Aushändigung an die Landes Zahnärztekammer für Wien und ist auf Verlangen im Zuge eines Bewerbungsverfahrens den Sozialversicherungsanstalten weiterzuleiten. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass nicht den Tatsachen entsprechende Bestätigungen straf- und schadenersatzrechtliche Konsequenzen haben können und seitens der Landes Zahnärztekammer für Wien auch disziplinarrechtlich zu verfolgen sind.

**Auflistung der einzelnen Tage mit Angabe des Datums und des Arbeitsortes:**