

Schließung der zahnärztlichen Ordination

Zahnarzt-Nr.:

Titel, Vor- und Zuname:

Wohnsitzadresse:

Telefon/Fax:

Ordinationsadresse:

Telefon/Fax:

Rücklegung der Kassenverträge

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

ÖGK SVS BVAEB KFA

bzw.: Ende der Wahlzahnarztordination per

Weitere zahnärztliche Tätigkeit

Privatordination: JA NEIN

Adresse:

Wohnsitzzahnarzt: 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: