

WOHSITZZAHNARZT / WOHSITZZAHNÄRZTIN

Mitteilung über die Beendigung der Tätigkeit

Zahnarzt-ID:

Titel, Vor- und Zuname:

Wohnsitzadresse:

Telefon / Fax:

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

Nach Beendigung meiner **wohsitzzahnärztlichen 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