

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER FÜR WIEN
Standesführung
Kohlmarkt 11/6
1010 Wien

Betreff: **Arzt im Dienst-Schild / Zahnärztausweis**

Ich ersuche um Kenntnisnahme und entsprechende Protokollierung, dass mein bisheriges(er)

- ARZT IM DIENST-SCHILD**
- ZAHNÄRZTEAUSWEIS**
 - in Verlust geraten ist
 - von mir eigenhändig vernichtet wurde
 - nicht auffindbar ist
 - beschädigt ist
- Da eine missbräuchliche Verwendung auszuschließen ist, wurde keine polizeiliche Diebstahls- bzw. Verlustanzeige erstattet.

Sollte die Arzt-im-Dienst-Tafel bzw. der Zahnärztausweis wieder in meinen Besitz gelangen, so werde ich umgehend die Zahnärztekammer für Wien verständigen und das Dokument zurückgeben.

Ich bin mir dessen bewusst, dass unrichtige Angaben verwaltungsstrafrechtliche und disziplinarrechtliche Folgen haben.

Zahnarzt-ID: _____

Titel, Vor- und Zuname: _____

Wien, am _____

Unterschrift

Landeszahnärztekammer für Wien

Standesführung
1010 Wien, Kohlmarkt 11/6

Angela Kottre 05 05 11 - 1000 Mail: kottre@wr.zahnaerztekammer.at
Katharina Slezacek 05 05 11 - 1013 Mail: slezacek@wr.zahnaerztekammer.at