

Landeszahnärztekammer für..... Datum/SachbearbeiterIn:.....

Anmeldung

zur Eintragung in die Zahnärzteliste gemäß § 12 des Zahnärztegesetzes

- | | |
|---|---|
| 1. Familienname:..... | Promotionsdatum/Ort:..... |
| Geburtsname:..... | ..... |
| 2. Geschlecht: | 13. Akademischer Grad: |
| 3. Vorname:..... | 14. Bei Absolvierung d. Studiums außerhalb d. EWR |
| 4. Geburtsdatum:..... | a) Nostrifizierungsdatum |
| Geburtsort: | b) Universität/Hochschule: |
| Staat:..... | ..... |
| 5. Staatsangehörigkeit:..... | c) Ev. Auflagen:..... |
| seit:..... | ..... |
| Staatsbürgerschaftsnachweis:..... | 15. a) ord. Wohnsitz:..... |
| ..... | b) Zustelladresse: |
| ausstellende Behörde:..... | ..... |
| ..... | 16. Berufssitz/Dienstort/Wohnsitz: |
| Datum..... Zahl | a) bei ng. Zahnärzten Ordinationsstätte: |
| | |
| 6. Gesundheitsattest vorgelegt: ja nein | seit |
| 7. Strafregisterbescheinigung: ja nein | b) bei ang. Zahnärzten Arbeitsstätte: |
| 8. Flüchtlingsausweis: ja nein | ..... |
| 9. Sozialversicherungs-Nr.: | seit |
| 10. Familienstand: | Dienstbezeichnung: |
| seit..... | c) bei WohnsitzZÄ Wohnsitz: |
| Ehegattin: ..... | ..... |
| Ehegatte: | seit |
| 11. Namen der Kinder und Geburtsjahr: | 17. Berufsbezeichnung: |
| | |
| ..... | seit |
| ..... | Behörde: |
| 12. Universität/Hochschule:..... | Zahnarztprüfung (Deutschland):..... |
| ..... | .....am |

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Das Gleiche gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Ort/Datum/Unterschrift: