

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

Anmeldung

zur Eintragung in die Zahnärzteliste gemäß § 12 des Zahnärztegesetzes

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