

Datum/SachbearbeiterIn: _____

Niederlassungsmeldung

Zahnarzt-Nr.: _____ Sozialversicherungs-Nr.: _____

Titel, Vor- und Zuname: _____

Wohnsitzadresse: _____

Telefon/Fax: _____

Niederlassungsmeldung per (genaues Datum) mit einer

- Erstordination Zweitordination

Ordinationsadresse: _____

Telefon/Fax: _____

e-mail/homepage: _____

als

- Zahnarzt
 Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Dentist

Zusätzlich zu dieser Niederlassung übe ich folgende zahnärztliche Tätigkeit aus:
Anstellung/Wochenstunden, Dienststelle.....
Werkvertragliche Tätigkeit:.....
Weitere Ordination(en) in.....

Beendet wird im Zusammenhang mit dieser Niederlassungsmeldung folgende zahnärztliche Tätigkeit mit (genaues Datum).

Ort/Datum/Unterschrift: