

Datum/SachbearbeiterIn: _____

Niederlegung der zahnärztlichen Ordination

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

Titel, Vor- und Zuname: _____

Wohnsitzadresse: _____

Telefon/Fax: _____

Ordinationsadresse: _____

Telefon/Fax: _____

Rücklegung der Kassenverträge

Hiermit teile ich mit, dass ich per (genaues Datum) die Verträge mit der

- Gebietskrankenkasse
- BVA
- VA
- KFA
- SVA d. gew. Wirtschaft

kündige.

Weitere ärztliche Tätigkeit

Privatordination: JA NEIN

Adresse: _____

Wohnsitzzahnarzt: JA NEIN

Anstellung: JA NEIN

Dienstgeberadresse: _____

Beendigung der zahnärztlichen Tätigkeit: JA NEIN

Da ich die Altersversorgung des Wohlfahrtsfonds beziehen werde, beantrage ich die Weiterführung in der Landes Zahnärztekammer als

- Außerordentliches Mitglied
- Kein Mitglied

Ort/Datum/Unterschrift: