

Anmeldung

zur Eintragung in die Zahnärzteliste gemäß § 12 des Zahnärztegesetzes

Allgemeine Daten

Familienname	
Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort, Staat	
Staatsangehörigkeit	seit:
Staatsbürgerschaftsnachweis	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Reisepass<input type="radio"/> Urkunde <p>Ausstellende Behörde: Datum: Zahl:</p>
Familienstand	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ledig<input type="radio"/> Verheiratet seit:<input type="radio"/> Verpartnert seit:<input type="radio"/> Geschieden seit:<input type="radio"/> Verwitwet seit:
Ehepartner/Ehepartnerin (Namen und Geburtsdatum)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ja<input type="radio"/> Nein
Kinder (Namen und Geburtsdatum)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ja<input type="radio"/> Nein

Graz am _____

Unterschrift

Wohnadresse	
abweichende Zustelladresse	
Zweitwohnsitz	
E-Mailadresse	
Telefonnummer	

Gesundheitsattest vorgelegt: ☐ Ja ☐ Nein

Strafregisterbescheinigung vorgelegt: ☐ Ja ☐ Nein

Flüchtlingsausweis: ☐ Ja ☐ Nein

Sozialversicherungs-Nr.: _____

Angaben zur Ausbildung

Universität/Hochschule	
Akademischer Grad	
Berufsbezeichnung	
Bei Absolvierung des Studiums im EWR	Konformitätsbescheinigung Daum: Ausstellende Behörde:
Bei Absolvierung des Studiums außerhalb des EWR	Nostrifizierungsdatum: Universität/Hochschule: Akademischer Grad:

Graz am _____

Unterschrift

Angaben zur zahnärztlichen Tätigkeit

☐ Wohnsitzzahnarzt

Wohnadresse	
Beginn	

☐ Anstellung

Dienstgeber	
Adresse	
Beginn	

☐ Niederlassung

Ordination	
Adresse	
E-Mail	
Telefonnummer	
Beginn	

Graz am _____

Unterschrift

- ☐ Ich bin verpflichtet der Landes Zahnärztekammer für Steiermark sämtliche **Änderungen meiner persönlichen Daten** (Familienstand, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Geburt von Kindern etc.) **unverzüglich bekannt zu geben.**
- ☐ Ich bin verpflichtet der Landes Zahnärztekammer für Steiermark sämtliche **Änderungen** meiner zahnärztlichen Tätigkeit (Vertretung, Niederlassung, Anstellung) **im Voraus mitzuteilen.**
- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Das Gleiche gilt auch für alle zukünftigen Meldungen.
- ☐ Des Weiteren stimme ich einem **E-Mail-Newsleterversand** durch die Landes Zahnärztekammer für Steiermark ausdrücklich zu.
- ☐ Ich versichere, dass ich die **obigen Angaben richtig und vollständig** gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.
- ☐ Ich stimme der Zusendung meiner **Kammerbeitragsvorschrift** per Mail an die E-Mailadresse: _____ ausdrücklich zu.

Für die Landes Zahnärztekammer für Steiermark Sachbearbeiterin:

Mag. Natascha Engel

Graz am _____

Unterschrift