

## Anmeldung

zur Eintragung in die Zahnärzteliste gemäß § 12 des Zahnärztesgesetzes

### Allgemeine Daten

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

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 Landeszahnärztekammer für Steiermark sämtliche **Änderungen meiner persönlichen Daten** (Familienstand, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Geburt von Kindern etc.) **unverzüglich bekannt zu geben.**
- Ich bin verpflichtet der Landeszahnärztekammer 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-Newsletterversand** durch die Landeszahnärztekammer 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 **Kammerbeitragsvorschreibung** per Mail an die E-Mailadresse: ..... ausdrücklich zu.

Für die Landeszahnärztekammer für Steiermark Sachbearbeiterin:

Mag. Natascha Engel

Graz am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift