

Antrag auf Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises

Ich beantrage die Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises wegen

- ☐ Neuanmeldung (Ersteintragung in die Zahnärzteliste)
☐ Verlust
☐ Diebstahl
☐ Beschädigung
☐ Neuausstellung (Namens- bzw. Titeländerung, Ergänzung akademischer Grade, usw.)

Bitte vervollständigen Sie nachstehende Angaben:

Akademische(r) Grad(e):	
Vorname(n):	
Familienname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	

....., am
(Ort) (Datum)

Ausstellungsgebühr: EUR 21,- (Bundesabgabe)

Bankdaten: Österreichische Zahnärztekammer
Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG, BIC BWFBATW1
IBAN AT61 1813 0500 0021 0001

Foto: Passfoto (Format: jpg, min. 300 dpi Auflösung)

Bitte übermitteln Sie dieses Formular samt
Passfoto an Ihre Landes Zahnärztekammer.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die
Richtigkeit meiner Angaben.

--

Unterschrift
(dient als Scanvorlage, innerhalb der Linien schreiben)