

**Antrag auf (Neu-) Ausstellung eines
 Zahnärzte-/Dentistenausweises**

Ich beantrage die (Neu-) Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises wegen

- Neuanmeldung (Ersteintragung in die Zahnärzteliste)
- Verlust
- Diebstahl
- Beschädigung
- Neuausstellung (bisher Ärzte-/Dentistenausweis)

**Für die Ausstellung des Zahnärzteausweises benötigen wir ein Foto von Ihnen
 in Passfotogröße.**

Bitte vervollständigen Sie nachstehende Angaben:

Akademischer Grad bzw. Grade:	
Vorname(n):	
Zuname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
 Ort und Datum

<p>Gewünschtes bitte ankreuzen</p> <p><input type="checkbox"/> Zusendung des Zahnärzteausweises</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Abholung des Zahnärzteausweises</p>	
--	--

Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Formular im Original samt Foto in Passfotogröße an die

Unterschrift bitte mit **schwarzem** Filzstift oder **schwarzem** Kugelschreiber
 (dient als Scannvorlage für den Ausweis, bitte innerhalb der Linien schreiben)

**Landeszahnärztekammer
 für Steiermark
 Marburger Kai 51 / 2
 8010 Graz**

bei der ÖZÄK beantragt am:
 von der ÖZÄK erhalten am:
 versendet am / pers. Abhol.am: