

Niederlassungsmeldung

* Titel: _____

* Vor- u. Zuname(n): _____

Ich teile mit, dass ich eine Ordination als

* **Berufsbezeichnung(en):** Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Zahnarzt

weitere Berufsbezeichnungen: Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Arzt für Allgemeinmedizin

Facharzt für _____

am

_____ **bitte genaues Datum angeben**

in

* Postleitzahl/Ort: _____

_____ **innerhalb von Graz bitte um Bezirksangabe**

* Straße, Hausnummer: _____

* Telefonnr. der Ordination: _____

* Faxnummer der Ordination: _____

* E-Mail der Ordination: _____

* Homepage der Ordination: _____

eröffne.

Wohnadresse: _____

Plz, Ort

_____ **Straße, Hausnummer**

Telefonnummer der Wohnung: _____

Faxnummer der Wohnung: _____

Mobiltelefonnummer: _____

Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Formular an die

Niederlassungsmeldung

*Ordinationszeiten:

Uhrzeit – Vormittag (von - bis):

Uhrzeit – Nachmittag (von - bis):

Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		

Telefonische Terminvereinbarung: ja nein

* Aufzug ja nein * barrierefrei ja nein
* ebenerdig ja nein * Parkplatz ja nein

Apparate- und Ordinationsgemeinschaft mit _____

Die mit einem * versehenen Informationen werden in die „Zahnärztesuche“ auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer für Steiermark <http://stmk.zahnaerztekammer.at/> aufgenommen.
Die Bekanntgabe, ob Sie Verträge mit den Kassen haben, wird nach Eingang der entsprechenden Verträge automatisch im Internet erfolgen.

Zusätzlich zu dieser Niederlassung übe ich folgende zahnärztliche Tätigkeit(en) aus:

Anstellung bei _____
Angabe der Dienststelle
mit _____ Wochenstunden.

werkvertragliche Tätigkeit: _____
Art der Tätigkeit und Dienststelle

weitere Ordination in _____

Beendet wird im Zusammenhang mit dieser Niederlassungsmeldung folgende zahnärztliche Tätigkeit

Art der Tätigkeit und Dienststelle
mit (**bitte genaues Datum angeben**)

Datum

Unterschrift