

**Eintragung in die
INTERESSENTENLISTE für KASSENVERTRÄGE ZMK
Bewerberliste**



Zahnarztnummer:	
Titel, Vorname, Nachname:	
Geburtsdatum:	
Emailadresse:	
Telefonnummer:	
Zahnarzt/Zahnärztin seit:	

Ich stimme einer Publikation des Datums meiner Eintragung in die Interessentenliste auf der Homepage der Zahnärztekammer unter Angabe meiner Zahnarztnummer zu.

Eintragungsvorgaben sowie Streichungsgründe sind in den Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragszahnärzten gemäß §5 Abs. 2 Gesamtvertrag vorgegeben.

Datum

Unterschrift

von der Landes Zahnärztekammer auszufüllen

eingelangt am:	
----------------	--

Uhrzeit:	
----------	--