

**Eintragung in die
INTERESSENTENLISTE für KASSENVERTRÄGE
Kieferorthopädie
Bewerbersliste**



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 Vertragskieferorthopäden gemäß §5 Abs. 5 KVO-GV vorgegeben.

Datum

Unterschrift

von der Landes Zahnärztekammer auszufüllen

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

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