

## Antrag auf Ermäßigungsausweis

Vorname, Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beginn des Anstellungsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Ordinationsstempel und Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin:

Wir bitten Sie uns dieses Formular ausgefüllt zu retournieren,  
nach Erhalt Ihres Antrages senden wir Ihnen den Ermäßigungsausweis per Post zu.