

NIEDERLASSUNGSMELDUNG
Antrag auf Eintragung in die Österreichische Zahnärzteliste

Zahnarzt-Nr.:	
Titel, Vor- und Zuname:	
Wohnsitzadresse:	
Telefon:	

Daten zur neuen Ordination:

Niederlassung per _____ (genaues Datum) als Erstpraxis Zweitpraxis

Adresse:			
Telefonnummer/ Fax (wenn vorhanden)			
Emailadresse/ Homepage			
Ordinationszeiten:	MO:	DI:	Mi:
	DO:	FR:	SA:
	<input type="checkbox"/> Nach telefonischer Vereinbarung		
Kassen:	<input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> SVS <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> privat		

Zusätzlich zu dieser Niederlassung übe ich folgende zahnärztliche Tätigkeiten aus:

- Anstellung mit Wochenstunden _____ Dienststelle _____
- Werkvertragliche Tätigkeit

Beendet wird im Zusammenhang mit dieser Praxismeldung per _____ (genaues Datum) folgende zahnärztliche Tätigkeit: _____

Datum/Unterschrift

Eine Niederlassungsbestätigung wird benötigt:

- NEIN
- JA → Zustellung per POST / EMAIL (Emailadresse: _____)