

# 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:			
Telefonnr./ Fax/Nr.			
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 folgende zahnärztliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

(genaues Datum und bisherige Eintragung/event. Schließung anderer Niederlassung)

Datum/Unterschrift

Eine Niederlassungsbestätigung wird benötigt:  NEIN  
 JA → Zustellung per  POST /  EMAIL