

Niederlegung der zahnärztlichen Ordination

Zahnarzt-Nr.:

Sozialversicherungs-Nr.:

Titel, Vor- und Zuname:	
Wohnsitzadresse:	
Telefonnr.:	
Ordinationsadresse: (welche geschlossen wird):	

Ordinationsschließung

Hiermit teile ich mit, dass ich per _____ (genaues Datum) meine Ordination niederlege.

Weitere ärztliche Tätigkeit

Wohnsitzzahnarzt: JA NEIN

Anstellung: JA NEIN

Dienstgeber: JA DG-Adresse: _____
 NEIN

Beendigung der zahnärztlichen Tätigkeit: JA NEIN

Nach Beendigung meiner zahnärztlichen Tätigkeit beantrage ich die Weiterführung in der Zahnärzteliste als

Außerordentliches Mitglied
(freiwillige Mitgliedschaft ohne Berufsberechtigung)

Kein Mitglied

Datum/Unterschrift

Bestätigung über die Rücklegung kann wie folgt verschickt werden:

per POST / EMAIL (Emailadresse: _____)