

# Niederlegung der zahnärztlichen Ordination

Zahnarzt-Nr.:

Sozialversicherungs-Nr.:

<b>Titel, Vor- und Zuname:</b>	
<b>Wohnsitzadresse:</b>	
<b>Telefonnr.:</b>	
<b>Ordinationsadresse:</b> (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: \_\_\_\_\_)