

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Mitgliederverwaltung
Große Diesdorfer Str. 162
39110 Magdeburg

Beantragung Zahnarzteausweis Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Bitte kreuzen Sie an:

Antrag auf Erstaussstellung

Antrag auf Erneuerung des Zahnarzteausweises aufgrund von

Namensänderung (Bitte Nachweis anfügen!)

Hinweis: Senden Sie uns bitte den alten Zahnarzteausweis zur Entwertung zurück!

Ausweis abgelaufen

Hinweis: Senden Sie uns bitte den alten Zahnarzteausweis zur Entwertung zurück!

akademischen Nachweisen (Bitte eine beglaubigte Kopie anfügen!)

Hinweis: Senden Sie uns bitte den alten Zahnarzteausweis zur Entwertung zurück!

Verlust des Zahnarzteausweises

Diebstahl

nicht auffindbar

sonstige Bemerkung _____

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Akademischer Titel und Grad:	

Farbiges Passbild wurde angefügt.

Alter Zahnarzteausweis wurde angefügt.

Ich gebe mein Einverständnis für die Erfassung meines Bildes in der Datenbank der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt.



Ort, Datum

Unterschrift