

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
Mitgliederverwaltung Frau Eckert  
PF 3951  
39014 Magdeburg

### **ZAHNARZTAUSWEIS für Mitglieder der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt**

bitte kreuzen Sie an:

- Antrag auf Ausstellung/Erneuerung eines Zahnarztausweises der ZÄK

Bitte senden Sie uns Ihren alten Ausweis zur Entwertung zu!

- Antrag wegen Verlust des Zahnarztausweises

|       |          |
|-------|----------|
| Name: | Vorname: |
|-------|----------|

|                              |
|------------------------------|
| Akademischer Titel und Grad: |
|------------------------------|

|               |             |
|---------------|-------------|
| Geburtsdatum: | Geburtsort: |
|---------------|-------------|

- Ein Farb-Passbild füge ich bei.

- Den alten Ausweis füge ich diesem Antrag bei.

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

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift