

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
 - Körperschaft des öffentlichen Rechts -
 Große Diesdorfer Str. 162
 39110 Magdeburg

Änderungsmeldungen

Gemäß Meldeordnung der Zahnärztekammer S.-A. sind berufliche und persönliche Veränderungen,

- der **Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt**, Tel. 0391 73939-19 / Mitgliederverwaltung
- dem **Kreisstellenvorsitzenden** ihrer Kreisstelle (Notdienstplanung)
- dem **Altersversorgungswerk S.-A.**, Sitz Hannover, Tel. 040 733405-81/82/83

zeitnah schriftlich anzuzeigen.

Bitte beachten Sie, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung S.-A. ebenfalls zu benachrichtigen ist.

Persönliche Daten:	
Titel	
Name, Vorname	
Wohnanschrift	
Telefon/Mail	

DATENFELDER - Änderungsmeldungen

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen!)

Persönliche Angaben		Anmerkungen
<input type="checkbox"/>	Akademische/-r Nachweis/-e	Datum:
<input type="checkbox"/>	Namensänderung / Eheschließung	Datum:
<input type="checkbox"/>	Wohnanschrift (Straße, Hausnr, PLZ, Ort)	Datum:
<input type="checkbox"/>	Telefon/Mail	

Hinweis: Namensänderungen, Promotionen, MSc. u. Ä. sind bitte mit einer beglaubigten Kopie der Urkunde per Post einzureichen.

Dienstliche Angaben		Anmerkungen
<input type="checkbox"/>	Verlegung des Praxissitzes	Datum:
<input type="checkbox"/>	Praxis - Telefon/Mail	
<input type="checkbox"/>	Ende eines Anstellungsverhältnisses - Angaben des letzten Arbeitgebers	Datum:
<input type="checkbox"/>	Arbeitgeberwechsel - zu welchem Arbeitgeber	Datum:
<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsverbot/Elternzeit	Datum:
<input type="checkbox"/>	Vorübergehend arbeitsuchend - bei der Bundesagentur f. Arbeit gemeldet	Datum:
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	Datum:

Hinweis: Bei vorübergehender Arbeitslosigkeit ist bitte der Bescheid der Bundesagentur für Arbeit über den Bezug von Entgelt per Post vorzulegen.

Beendigung der Mitgliedschaft		Anmerkungen
<input type="checkbox"/>	Ende Mitgliedschaft	Datum:
<input type="checkbox"/>	Kammerwechsel - in welchen Kammerbereich - Angaben des neuen Arbeitgebers	Datum: Datum:
<input type="checkbox"/>	- pers. aktuelle Wohnanschrift	
<input type="checkbox"/>	Auslandaufenthalt - welches Land - Arbeitgeber	Datum:
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	Datum:

Hinweis: Bitte versäumen Sie nicht, nach dem Verlassen des Kammerbereiches, die Anmeldung in der für Sie zuständigen Zahnärztekammer vorzunehmen (Anmeldefristen Mitgliedschaft HKG/Meldeordnung).

Hiermit erteile ich der ZÄK S.-A. die Auskunftsberechtigung gegenüber Dritten zu den vorangestellten Daten(z.B. AVW S.-A., KZV Sachsen-Anhalt, Kreisstellenvorsitzenden der ZÄK S.-A, Behörden u. Ä.) entsprechend des vorliegenden Sachverhaltes. Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Praxisdaten (Praxisanschrift, Tel.-Nr., Mail-Adresse) auf der Homepage d. ZÄK S.-A. ausgewiesen werden, sofern eine Kassenzahnärztliche Zulassung als Zahnarzt/Zahnärztin in Freier Niederlassung vorliegt.

Ort, Datum

Unterschrift