

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

Änderungsmeldung

Gemäß Meldeordnung der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt sind berufliche und persönliche Veränderungen

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

zeitnah schriftlich anzuzeigen. Bitte beachten Sie, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt ebenfalls zu benachrichtigen ist.

Persönliche Daten	
Titel	
Name, Vorname	
Wohnanschrift	
Telefon	
E-Mail-Adresse	

Änderungsmeldung (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Persönliche Angaben			Datum
<input type="checkbox"/>	Akademischer Nachweis/ Akademische Nachweise		
<input type="checkbox"/>	Namensänderung/ Eheschließung		
<input type="checkbox"/>	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
<input type="checkbox"/>	Telefon		
<input type="checkbox"/>	E-Mail-Adresse		

Hinweis: Namensänderungen, Promotionen, M.Sc. u. ä. sind bitte mit einer beglaubigten Kopie der Urkunde per Post einzureichen.

Dienstliche Angaben			Datum
<input type="checkbox"/>	Verlegung Praxissitz		
<input type="checkbox"/>	Praxis Telefon		
<input type="checkbox"/>	Praxis E-Mail-Adresse		
<input type="checkbox"/>	Ende eines Anstellungsverhältnisses - Angaben des letzten Arbeitgebers:		
<input type="checkbox"/>	Arbeitgeberwechsel - Angaben des neuen Arbeitgebers:		
<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsverbot/ Elternzeit		
<input type="checkbox"/>	Vorübergehend arbeitsuchend - bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet:		
<input type="checkbox"/>	Sonstiges		

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

Beendigung der Mitgliedschaft		Datum
Ende Mitgliedschaft		
Kammerwechsel - neuer Kammerbereich: - Angaben des neuen Arbeitgebers: - persönliche aktuelle Wohnanschrift:		
Auslandaufenthalt - Land: - Arbeitgeber:		
Sonstiges		

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 Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt die Auskunftsberechtigung gegenüber Dritten zu den vorangestellten Daten (z.B. AVW Sachsen-Anhalt, KZV Sachsen-Anhalt, Kreisstellenvorsitzende der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, Behörden u. ä.) entsprechend des vorliegenden Sachverhaltes.

Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Praxisdaten (Praxisanschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) auf der Homepage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt ausgewiesen werden (<https://www.zaek-sa.de/patienten/die-zahnarztsuche/>), sofern eine Kassenzahnärztliche Zulassung als Zahnärztin/ Zahnarzt in freier Niederlassung vorliegt.

Ort, Datum

Unterschrift