

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
Mitgliederverwaltung  
PF 3951  
39014 Magdeburg

Beantragung  
**Zahnarztausweis**  
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

bitte kreuzen Sie an:

- Antrag auf Erstaussstellung
- Antrag auf Erneuerung des Zahnarztausweises aufgrund von
- Namensänderungen
  - akademischen Nachweisen (bitte eine beglaubigte Kopie anfügen)  
Senden Sie uns bitte den alten ZA-Ausweis zur Entwertung zurück!
  - Verlust des ZA-Ausweises
    - Diebstahl
    - nicht auffindbar
    - sonstige Bemerkung .....

Name:

Vorname:

Akademischer Titel und Grad:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

- Farb-Passbild wurde angefügt
- Anhang alter ZA-Ausweis

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



Ort, Datum

Unterschrift