LANDES ZAHNÄRZTE KAMMER NIEDERÖSTERREICH

An die
Landeszahnärztekammer für NÖ
Kremser Gasse 20
3100 St. Pölten

Weiterführung in der Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer nach Beendigung der kassenzahnärztlichen Tätigkeit

Persönliche Daten:

ID-Nr.	
Titel	
Vor- und Zuname	
Geb.Dat./SV Nr.	
Wohnsitz	Adresse: …… PLZ, Ort: …… Telefon: …….. E-Mail-Adresse: ……
Postzustellung	Adresse: ……
Bisherige Eintragung	○ niedergelassener Zahnarzt ○ angestellter Zahnarzt ○ Wohnsitzzahnarzt ○ ao. Kammermitglied

☐ niedergel. Zahnarzt/ärztin	……..….. (Datum) ☐ Erstordination ☐ Zweitordination ☐ nur Privat	Die in der Ordination angebotenen zahnärztlichen Leistungen („Schwerpunkte“) sind der LZÄK für NÖ mittels des ebenfalls auf der Homepage abrufbaren Formulars zu melden. Sofern im Zusammenhang mit der Eröffnung der Ordination sonstige Standesveränderungen verbunden sind, sind diese gemäß § 14 ZÄG unverzüglich der LZÄK für NÖ mit dem entsprechenden Formular zu melden.
Ordination	Adresse: …….. PLZ, Ort: …….. Telefon/Fax: …… E-Mail-Adresse: …… Homepage: ……	

Öffnungszeiten	Montag ……..…… Dienstag ……..…… Mittwoch …….. Donnerstag ……..… Freitag ……..…… O nach telefonischer Vereinbarung
Zusätze	☐ Aufzug ☐ barrierefrei ☐ ebenerdig ☐ Parkplatz

☐ angestellter Zahnarzt/ärztin	…… Anzahl der Wochenstunden: …… Datum
Dienstgeber	Adresse: ……..……

☐ Wohnsitzzahnarzt (WSZA)	…… (Datum)	Ich ersuche gem. §29 Abs. 2 ZÄG um Eintragung als Wohnsitzzahnarzt/-ärztin in die Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer
Wohnsitzzahnärzte/-innen sind Angehörige des zahnärztlichen Berufs, die ausschließlich solche wiederkehrenden zahnärztliche Tätigkeiten auszuüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern, noch in einem Dienstverhältnis ausgeübt werden (zB Praxisvertretungen, §29 Abs. 1 ZÄG)		

☐ ao Mitglied	…….. (Datum)	Gemäß §13 ZÄKG (Es wird darauf hingewiesen, dass Sie als <u>außerordentliches Kammermitglied</u> nicht berechtigt sind, zahnärztliche Tätigkeiten auszuüben.

Streichung:

Ich möchte mich mit …… aus der Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer streichen lassen.

Datum: _____ Unterschrift:_____

BITTE DAS FORMULAR UMGEHEND AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN	
AN DIE LANDESZAHNÄRZTEKAMMER FÜR NIEDERÖSTERREICH RETOURNIEREN!!!	
per Mail:	kammerbeitrag@noe.zahnaerztekammer.at
per Fax:	050511/3109, Betreff: Kammerbeitrag
oder per Post:	Kremser Gasse 20, 3100 St. Pölten

An die
Landeszahnärztekammer für NÖ
Kremser Gasse 20
3100 St. Pölten

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Landeszahnärztekammer für Niederösterreich widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Beiträge zur Landeszahnärztekammer für Niederösterreich und Österreichischen Zahnärztekammer) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich hab das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN:

Titel	
Vorname	
Nachname	
Anschrift	
Kontoführendes Institut	
IBAN	
BIC	

Ort, Datum _____

Unterschrift _____