

An die  
Landes Zahnärztekammer für NÖ  
Kremser Gasse 20  
3100 St.Pölten

**FAX: 050511 / 3109**

**E-Mail: office@noe.zahnaerztekammer.at**

## **B E W E R B E R L I S T E**

**Antrag auf Aufnahme in die Bewerberliste gemäß § 3 der „Gemeinsamen Niederlassungsrichtlinien der Landes Zahnärztekammer für NÖ und der NÖ Gebietskrankenkasse“**

Ich stelle hiermit den Antrag auf Aufnahme in die Bewerberliste für eine Kassenplanstelle für Angehörige des zahnärztlichen Berufes

<b>Titel</b>	
<b>Vor – und Zuname</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Telefon/Fax</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Datum</b>	
<b>Unterschrift</b>	

***Diese Beilagen sind für eine gültige Aufnahme in der Bewerberliste zwingend!***

- Staatsbürgerschaftsnachweis (*bzw. Bescheid mit Wirkung .....*)
- Diplom über Facharztanerkennung *oder*
- Bescheid über die Verleihung des akademischen Grades „Dr. med. dent“ *oder*
- Erlangung der zahnärztlichen Berufsberechtigung