

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 - K F O

Antrag auf Aufnahme in die Bewerberliste-KFO gemäß § 6 der „Gemeinsamen Niederlassungsrichtlinien - KFO der Landes Zahnärztekammer für NÖ und der NÖ Gebietskrankenkasse“

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

Titel	
Vor – und Zuname	
Anschrift	
Telefon/Fax	
E-Mail-Adresse	

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
- Als KFO- Qualifikationsnachweis lege ich bei:
 - Habilitation im Bereich der KFO
 - Ausbildung zum Fachzahnarzt für KFO + 3 Jahre Schwerpunkttätigkeit in der KFO
 - 3-jährige klinisch-universitäre Ausbildung im Bereich KFO
 - Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des European Board of Orthodontists (EBO) oder Austrian Board of Orthodontists (ABO)
 - Entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (zB Master of science KFO)
 - Gleichwertige Weiterbildung im EU-Inland bzw. Ausland
 - Fortbildungsdiplom KFO der ÖZÄK (Auslaufdatum:
- Es ist mir bewusst, dass ich die Voraussetzungen nach § 25 Abs 1 lit. h des Gesamtvertrages - KFO erfüllen muss.

Datum: _____ Unterschrift: _____