

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.               | (bei Neuanmeldungen wird diese von LZÄK für NÖ vergeben)   |
| Titel                |  |
| Vor- und Zuname      |  |
| Geb.Dat./SV Nr.      |  |
| Wohnsitz             | Adresse: .....<br>PLZ, Ort: .....<br>Telefon .....<br>E-Mail-Adresse .....   |
| Postzustellung       | Adresse .....  |
| Bisherige Eintragung | <input type="radio"/> Ersteintragung<br><input type="radio"/> niedergelassener Zahnarzt<br><input type="radio"/> angestellter Zahnarzt<br><input type="radio"/> Wohnsitzzahnarzt<br><input type="radio"/> ao. Kammermitglied |

**Eintragung:**

|  |                  |   |
|--|------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnsitzzahnarzt (WSZA) | .....<br>(Datum) | Ich ersuche gem. §29 Abs. 2 ZÄG um Eintragung als Wohnsitzzahnarzt/-ärztin in die Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer |
| Ergänzungen                                      |                  |   |

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)

|                                      |                  |  |
|--------------------------------------|------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ao Mitglied | .....<br>(Datum) | Gemäß §13 ZÄKG (Es wird darauf hingewiesen, dass Sie als <u>außerordentliches Kammermitglied</u> nicht berechtigt sind, zahnärztliche Tätigkeiten auszuüben. |
|--------------------------------------|------------------|--|

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> niedergel. Zahnarzt | .....<br>(Datum)<br><br><input type="checkbox"/> Erstordination<br><input type="checkbox"/> Zweitordination<br><br><input type="checkbox"/> 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 .....<br><br>PLZ, Ort .....<br><br>Telefon/Fax .....<br><br>mob .....<br><br>E-Mail-Adresse .....<br><br>Homepage .....   |  |
| Öffnungszeiten                               | Montag .....<br><br>Dienstag .....<br><br>Mittwoch .....<br><br>Donnerstag .....<br><br>Freitag .....<br><br>Samstag .....<br><br><input type="radio"/> nach telefonischer Vereinbarung |  |
| Zusätze                                      | <input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> barrierefrei <input type="checkbox"/> ebenerdig <input type="checkbox"/> Parkplatz   |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> angestellter Zahnarzt/ärztin | .....      Anzahl der Wochenstunden: .....<br><small>Datum</small>  |  |
| Dienstgeber   | Adresse .....<br><br>Telefon/Fax .....<br><br>mob .....<br><br>E-Mail-Adresse .....<br><br>Homepage ..... |  |

**BITTE DAS FORMULAR UMGEHEND AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN  
AN DIE LANDESZAHNÄRZTEKAMMER FÜR NIEDERÖSTERREICH RETOURNIEREN!!!**

per Mail: [kammerbeitrag@noe.zahnaerztekammer.at](mailto: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 Landes Zahnärztekammer für Niederösterreich widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Beiträge zur Landes Zahnärztekammer 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

