

An die
Landeszahnärztekammer 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 Landeszahnärztekammer für NÖ und der ÖGK“

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

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

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