

Landes Zahnärztekammer Sachsen
Mitgliederverwaltung
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

ZAHNARZTAUSWEIS der Landes Zahnärztekammer Sachsen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|--------------------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> | Antrag auf Erstaussstellung eines Zahnarztausweises der Landes Zahnärztekammer Sachsen im Scheckkartenformat | kostenfrei |
| <input type="checkbox"/> | Antrag wegen Erneuerung des Zahnarztausweises;
bitte alten Ausweis zurücksenden | 30,- € |
| <input type="checkbox"/> | Antrag wegen Verlust des Zahnarztausweises | 30,- € |

Name:

Vorname:

Akademischer Titel und Grad:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

- Ein Farb-Passbild (35mm x 45mm ohne Rand) füge ich bei
- Ein Farb-Passbild (35mm x 45mm, JPEG in 300dpi) übersende ich per Mail an mitgliederverwaltung@lzk-sachsen.de
- Den alten Ausweis füge ich bei

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift