

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;<br>bitte alten Ausweis zurücksenden                           | 30,- €     |
| <input type="checkbox"/> | Antrag wegen Verlust des Zahnarztausweises   | 30,- €     |

Name:

Vorname:

Akademischer Titel und Grad:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ein Farb-Passbild (35mm x 45mm ohne Rand) füge ich bei   |
| <input type="checkbox"/> | Ein Farb-Passbild (35mm x 45mm, JPEG in 300dpi) übersende ich per Mail an<br>mitgliederverwaltung@lzk-sachsen.de |
| <input type="checkbox"/> | Den alten Ausweis füge ich bei   |

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift