

Landes Zahnärztekammer Sachsen  
Mitgliederverwaltung  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden

## ZAHNARZTAUSWEIS der Landes Zahnärztekammer Sachsen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- |                          |   |            |
|--------------------------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> | Antrag auf Erstausstellung 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:

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift