

Landes Zahnärztekammer Sachsen
Mitgliederverwaltung
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

ZAHNARZTAUSWEIS der Landes Zahnärztekammer Sachsen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Antrag auf Erstaussstellung eines Zahnarztausweises der Landes Zahnärztekammer Sachsen im Scheckkartenformat **kostenfrei**
- Antrag wegen Erneuerung eines abgelaufenen Zahnarztausweises, bitte alten Ausweis zurücksenden **kostenfrei**
- Antrag wegen Verlust, Änderung des Namens oder Eintrag eines Titels **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
- Den alten Ausweis füge ich bei

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift