

Diesen Anmeldebogen bitten wir ausgefüllt an die

Zahnärzterversorgung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden
zurückzusenden.

Personalien

Zahnarzt/-ärztin und Arzt/Ärztin

Name, Vorname		ggf. Geburtsname	
Straße / Postfach; Nr.		Telefon	
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Akademischer Titel	Geburtsdatum	Geburtsort	
Ausstellungsdatum der deutschen Approbat.-urk.	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Deutsche Staatsangehörigkeit / Volkszugehörigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, welche: _____	

Personalien der Familienangehörigen

Name (ggf. Geburtsname), Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
Ehepartner ▶			
Kinder ▶	1		
	2		
	3		
Beruf des Ehepartners:		<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> anderer Beruf
Wenn der Ehepartner Zahnarzt ist:			
Ist er in Sachsen tätig?		<input type="checkbox"/> ja - seit _____	<input type="checkbox"/> nein

Derzeitige Berufstätigkeit in Sachsen

<input type="checkbox"/> Ohne zahnärztliche Tätigkeit seit: _____	
<input type="checkbox"/> Im Angestelltenverhältnis tätig seit / ab _____ Monatl. Bruttoarbeitsentgelt: EUR _____	
als _____ (z.B. Assistenz Zahnarzt, Oberarzt, leitender Arzt, Chefarzt mit / ohne Liquidationsrecht / Kassenermächtigung, usw.)	
Arbeitgeber: _____	
Arbeitsort: _____ (Postleitzahl; Ort; Straße/Postfach; Nr.)	Telefon _____
<input type="checkbox"/> Niedergelassen seit / ab _____	
als _____ (Gebietsbezeichnung)	
Praxisadresse/ Arbeitsstätte: _____ (Postleitzahl; Ort; Straße/Postfach; Nr.)	Telefon _____

