



# Formular Praxisgründung

Schützenhöhe 11  
01099 Dresden

TELEFON  
0351 8066-271  
TELEFAX  
0351 8066-241

E-MAIL  
[mitgliederverwaltung@lzk-sachsen.de](mailto:mitgliederverwaltung@lzk-sachsen.de)

WEB  
[zahnaerzte-in-sachsen.de](http://zahnaerzte-in-sachsen.de)

Name:

Praxisanschrift:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Datum der Eröffnung:

Neugründung

Praxisübernahme

Praxisübernahme von: