

Antrag auf Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises

Ich beantrage die Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises wegen

- ☐ Neuanmeldung (Ersteintragung in die Zahnärzteliste)
☐ Verlust
☐ Diebstahl
☐ Beschädigung
☐ Neuausstellung (Namens- bzw. Titeländerung, Ergänzung akademischer Grade, usw.)

Bitte vervollständigen Sie nachstehende Angaben:

Akademische(r) Grad(e):	
Vorname(n):	
Familienname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	

....., am
(Ort) (Datum)

Ausstellungsgebühr: EUR 21,- (Bundesabgabe)

Bankdaten:



Österreichische Zahnärztekammer
Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG, BIC BWFBATW1
IBAN AT61 1813 0500 0021 0001

Foto: Passfoto (Format: jpg, min. 300 dpi Auflösung)

Bitte übermitteln Sie dieses Formular samt
Passfoto an Ihre Landes Zahnärztekammer.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die
Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift
(dient als Scanvorlage, innerhalb der Linien schreiben)