

Datum/SachbearbeiterIn: \_\_\_\_\_

### Niederlassungsmeldung

Zahnarzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Wohnsitzadresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Niederlassungsmeldung per ..... (genaues Datum) mit einer

- Erstordination                       Zweitordination

Ordinationsadresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

e-mail/homepage: \_\_\_\_\_

als

- Zahnarzt  
 Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 Dentist

**Zusätzlich** zu dieser Niederlassung übe ich folgende zahnärztliche Tätigkeit aus:  
Anstellung/Wochenstunden ....., Dienststelle.....  
Werkvertragliche Tätigkeit:.....  
Weitere Ordination(en) in.....

**Beendet** wird im Zusammenhang mit dieser Niederlassungsmeldung folgende zahnärztliche Tätigkeit mit ..... (genaues Datum).

Ort/Datum/Unterschrift: