

Anmeldung zur Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)

* Name, Vorname:

ggf. Geburtsname:

Geburtsort, (Bundes)-Land:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Ehegatte(in) Name, Vorname:

ggf. Geburtsname Ehegatte(in):

Geburtsdatum Ehegatte(in):

Staatsangehörigkeit:

ggf. Einbürgerungsdatum:

in Niedersachsen wohnhaft seit:

Privatanschrift:

Straße:

Postleitzahl, Ort:

Telefon:

Fax:

e-mail:

Homepage:

Praxisanschrift: (nur bei Niederlassung auszufüllen)

Niederlassung am:

* Straße:

* Postleitzahl, Ort:

* Telefon:

* Fax:

* e-mail:

* Homepage:

dienstlich:

Telefon:

Fax:

e-mail:

Homepage:

wird von der ZKN ausgefüllt:

zuständige Bezirksstelle:

zuständige Kreisstelle:

Gemeindekennziffer:

Approbation als Zahnärztin / Zahnarzt am: Approbation als Ärztin / Arzt am: * Promotion zum Dr. med. dent. am : * Promotion zum Dr. am: Examensort (Universität) / Datum: Examensland: * Fachzahnärztin / Fachzahnarzt für am: * Fachärztin / Facharzt für am:
--	--

Bei ausländischen Zahnärzten oder Zahnärzten mit ausländischem Studium Berufserlaubnis gemäß § 13 ZHG zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes in Niedersachsen

erteilt von welcher Behörde:	
für welchen Zeitraum:	vom:	bis:

Nicht selbständige Tätigkeit(en) als:

- Vorbereitungsassistent
- Entlastungsassistent
- Vertreter
- Beamter
- Angestellter Zahnarzt (bitte ankreuzen)

Frühere Tätigkeiten: von / bis / bei
 Frühere Tätigkeiten: von / bis / bei
 Frühere Tätigkeiten: von / bis / bei
 (ggf. Beiblatt für weitere Tätigkeiten)

In Niedersachsen zahnärztlich tätig seit:
Arbeitgeber:
Ohne zahnärztliche Tätigkeit seit:
Bei welcher Kammer vorher Mitglied:

Ich habe die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Ich bin mit der Weiterleitung / dem Austausch dieser Daten sowie aller zukünftigen Änderungen an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) und an die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) einverstanden. (bitte ankreuzen)

Auch bin ich mit Einstellung meiner Daten im Zahnarzt-Such-Service der ZKN einverstanden.
 (die mit * versehenen Daten werden im Zahnarzt-Such-Service der ZKN eingestellt) (bitte ankreuzen)

.....
 Ort / Datum

.....
 Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

.....
 Datum

.....
 Unterschrift der / des Bezirksstellenvorsitzenden

Information:

Zur Ausfüllung dieses Anmeldebogens ist jeder in Niedersachsen tätige oder wohnhafte Zahnarzt gemäß §§ 2 und 4 des Kammergesetzes für die Heilberufe in der Fassung vom 8.12.2000, zuletzt geändert durch Gesetz vom 16.12.2014, verpflichtet.

Dem Anmeldebogen sind gemäß Meldeordnung der ZKN folgende Anlagen beizufügen:

Approbationsurkunde(n)

Promotionsurkunde(n) sowie Urkunden über andere erworbene Titel oder Amtsbezeichnungen

Anerkennung als Fachzahnärztin / Fachzahnarzt oder als Ärztin / Arzt mit Gebietsbezeichnung

Sämtliche Änderungen der Personalien oder der Tätigkeit sind der zuständigen Bezirksstelle der Zahnärztekammer Niedersachsen unverzüglich mitzuteilen.

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Name und Anschrift des Kontoinhabers / Praxisstempel
Zahnärztekammer Niedersachsen Abteilung 2 Zeißstraße 11 a 30519 Hannover	----- ----- ----- (Bitte unbedingt ausfüllen)
Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen	
Kammerbeitrag für Mitglieds-Nr.:	
Gläubiger-ID: DE67ZKN00000551275	
bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der	
IBAN: _____	
bei _____	
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)	
durch Lastschrift einzuziehen.	
<u>Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.</u>	
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.	
Ort, Datum	Unterschrift(en)