

Anmeldung zur Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)

* Name, Vorname: _____
ggf. Geburtsname: _____
Geburtsort und (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 Festnetz: _____
Telefon Mobil: _____
E-mail: _____

Praxisanschrift oder Dienstanschrift:
* Straße: _____
* Postleitzahl, Ort: _____
* Telefon: _____
* Fax: _____
* E-mail: _____
* Homepage: _____

Examensort Zahnmedizin (Universität) / Datum: _____
Examensland (zahnärztlich): _____
Approbation als Zahnärztin / Zahnarzt am: _____
* Promotion zum Dr. med. dent. am : _____
* Fachzahnärztin / Fachzahnarzt für am: _____

Examensort Medizin (Universität) / Datum: _____
Examensland (ärztlich): _____
Approbation als Ärztin / Arzt am: _____
* Promotion zum Dr. med. am: _____
* Fachärztin / Facharzt für am: _____

Bei Zahnärztinnen 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:

- Vorbereitungsassistent/in
- Weiterbildungsassistent/in für Oralchirurgie
- Assistent/in in einer Klinik Kieferorthopädie
- Assistent/in zur Sicherstellung der Versorgung (sog. "Entlastungsassistent/in")
- Praxisvertreter/in
- angestellte/r Zahnärztin/Zahnarzt
- Beamter/in oder im öffentlichen Dienst
- Sanitätsoffizier/in
- angestellte/r Zahnärztin/Zahnarzt ohne kurative zahnärztliche Tätigkeit
- Zahnärztin/Zahnarzt, der/die den zahnärztlichen Beruf vorübergehend oder dauernd nicht ausübt
- angestellte/r oder verbeamtete/r Zahnärztin/Zahnarzt mit Liquidationsberechtigung
- leitende/r Zahnärztin/Zahnarzt im MVZ

Selbstständige Tätigkeit:

Niederlassung ab dem/seit dem:

-
- Eigene Praxis
 - Berufsausübungsgemeinschaft mit:
 - MVZ (Name des MVZ):
 - Zahnärzte mit zusätzlicher Zweig- oder Privatpraxis bzw. zusätzlicher vertrags- oder privat Zahnärztlicher Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft in Niedersachsen (keine Teilung des Versorgungsauftrags)

Übernahme einer Praxis von (Name):

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

In Niedersachsen zahnärztlich tätig ab dem / seit:
Arbeitgeber:
Ohne zahnärztliche Tätigkeit seit:
Bei welcher Kammer vorher/bzw. weiterhin 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.

(ggf. 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)

(ggf. ankreuzen)

Ja, ich möchte zukünftig den Newsletter der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) erhalten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnärztekammer Niedersachsen mir in unregelmäßigen Abständen Informationen zu den folgenden Themen, Fachinformationen, Informationen zu Fortbildungs- und Schulungsveranstaltungen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, E-Mail-Adresse) zum Zwecke der Information gespeichert und zur Kontaktaufnahme genutzt werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Zahnärztekammer Niedersachsen schriftlich oder per E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 S. 1 DSGVO). Nach dem Widerruf werden die Daten, die auf Grund meiner Einwilligung verarbeitet wurden, unverzüglich gelöscht. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 S. 2 DSGVO).

(ggf. ankreuzen)

Ort / Datum

Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

Datum

Unterschrift der / des Bezirksstellenvorsitzenden

wird von der ZKN ausgefüllt:	
zuständige Bezirksstelle:
zuständige Kreisstelle:
Gemeindekennziffer:

Gemäß Meldeordnung der ZKN sind folgende Anlagen in amtlich beglaubigter Kopie 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.	
Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.	
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.	
Ort, Datum	Unterschrift(en)