

**Antrag auf Eintragung in das ZAHNARZTREGISTER
des Zulassungsausschusses der KZV RLP**

1. Name, Titel, Gebietsbezeichnung: _____
2. Vorname: _____
3. Wohnort: _____
4. Geburtsdatum, Ort, Land: _____
5. a) Wohnungsanschrift: _____
b) zukünftige Praxisanschrift: _____
6. Staatsangehörigkeit: _____
7. Fremdsprachenkenntnisse: _____
8. Datum des Staatsexamens: _____
9. Datum der Approbation: _____
10. Datum der Promotion: _____
11. Niedergelassen als Zahnarzt ab: _____
12. Ausübung sonst. zahnärztl. Tätigkeit: _____

_____, den _____
 Ort Datum Unterschrift

Anlagen gemäß § 4 Zahnärzte-ZV

- a) beglaubigte Abschrift der Geburtsurkunde,
- b) beglaubigte Abschrift der Urkunde über die Approbation als Zahnarzt (Gebietsbezeichnung), ggf. beglaubigte Abschrift der Urkunde über die Promotion,
- c) beglaubigte Abschriften der Nachweise über die zahnärztliche Tätigkeit nach der Approbation (siehe § 3 (3) Zahnärzte-ZV),
- d) Gebühr für den Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister in Höhe von € 100,00 gem. § 46 (1)a) Zahnärzte-ZV.
Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Mainz, BLZ 550 608 31, Konto-Nr. 0002141868.

AUFSTELLUNG der Tätigkeitsnachweise zu Anlage c)

Zahnärztliche Tätigkeit			Zeitdauer		
von:	bis:	in:	Jahr/e	Monat/e	Wochen

Ich beantrage meine Eintragung ins Register und erkläre gleichzeitig, daß meine vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, daß wissentliche, unrichtige Angaben die Streichung im Register zur Folge haben.

_____ Datum Unterschrift