

Zahnärztekammer Berlin
Mitgliederverwaltung
Stallstraße 1
10585 Berlin



Bitte hier
biometrisches
Passbild
(nur Fotopapier)
aufkleben!

Den Antrag bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Privatanschrift:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Bitte legen Sie diesem Antrag bei:
(nur von der Zahnärztekammer auszufüllen)

- 1 aktuelles biometrisches Passbild (ca. 3,5 x 4,5)
- beglaubigte Promotionsurkunde
- Urkunde über Namensänderung
- alter Ausweis
- schriftliche Verlustmeldung
- 20,- € (bei Verlust)

Hinweis: Der Zahnarzteausweis ist bei Fortzug aus unserem Kammerbereich un-
aufgefordert oder jederzeit auf Aufforderung an die Zahnärztekammer Berlin
zurückzugeben. Ein eventueller Verlust des Ausweises muss, zur Vermeidung
mißbräuchlicher Benutzung, unverzüglich der Zahnärztekammer Berlin ange-
zeigt werden. Mit Ihrer Unterschrift auf dem Antragformular bestätigen Sie,
dass Sie die vorgenannten Verpflichtungen zur Kenntnis genommen haben.
Unvollständige Anträge können nicht bearbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes