

ANTRAG AUF EINTRAGUNG IN DAS ZAHNARZTREGISTER



Reg. Nr.

Kann eingetragen werden!

Eingetragen am

Berlin,

Datum und Unterschrift Registerführerin

Name, Titel

Vorname(n)

Geburtsname

Familienstand

Wohnungsanschrift

Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland

Staatsbürgerschaft

Fremdsprachenkenntnisse

Datum, Ort der Approbation

Datum, Ort der Promotion

Datum, Ort des akademischen Grad

Telefonnummer

E-Mail

Dem Antrag werden beigefügt:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antragsgebühr i. H. v. 100,- Euro | <input type="checkbox"/> ggf. Promotionsurkunde* |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde* | <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über akademischen Grad* |
| <input type="checkbox"/> Approbationsurkunde* | <input type="checkbox"/> ggf. Einbürgerungsurkunde* |
| <input type="checkbox"/> Anlage - Aufstellung der zahnärztlichen Tätigkeiten mit entsprechenden Bestätigungen | |

Ort, Datum

Unterschrift

*Die Urkunden müssen im Original vorgelegt werden. Deshalb vereinbaren Sie bitte zur Vorlage der Original-Urkunden und zur Abgabe des Registerantrages vorab einen Termin unter 030 89004 - 411. Die Gebühr können Sie in dem Termin mit Ihrer Girocard bezahlen.

ANLAGE ZUM ANTRAG AUF EINTRAGUNG IN DAS
ZAHNARZTREGISTER DER KZV BERLIN



Name des Antragstellers: _____

Aufstellung der zahnärztlichen Tätigkeiten nach Erteilung der Approbation gem. § 4 Abs. 2 c) Zahnärzte-ZV:

Beginn	Ende	Datum ganztags / halbtags	Vorbereitungs- zeit in Monaten/Tagen	Art der Tätigkeit	Name und Ort der Praxis, Klinik oder Einrichtung
Summe Vorbereitungszeit					