



Landeszahnärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 800 654
70506 Stuttgart

Antrag auf Ausstellung eines Zahnarztausweises der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Erstbeantragung des Zahnarztausweises | - kostenlos |
| <input type="checkbox"/> Beantragung des Zahnarztausweises aufgrund Namensänderung | - kostenlos |
| <input type="checkbox"/> Beantragung des Zahnarztausweises wegen Verlust | 30,- Euro |
| <input type="checkbox"/> Beantragung des Zahnarztausweises aus sonstigen Gründen
(Adressänderung, Erhalt/Änderung akademischer Titel, Erneuerung etc.) | 30,- Euro |

Name:

Vorname:

Akademische Titel und Grade:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Privatanschrift:

PLZ/Ort:

Straße, Hausnummer:

Ich bin Mitglied der Bezirks Zahnärztekammer

- Freiburg Karlsruhe Stuttgart Tübingen

Ein Farb-Passbild

- füge ich im Original bei. übersende ich per Mail an zahnarztausweis@lzk-bw.de
(JPEG in 300 dpi, Größe 35 x 46 mm).

Gilt für Änderungsanträge:

- Den alten Ausweis füge ich diesem Antragsformular bei. Ich bitte Sie den alten Zahnarztausweis ungültig zu machen und an mich zurückzusenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bearbeitungsvermerk
(wird von der Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg ausgefüllt.)

Zahnarztausweis der LZK BW ausgestellt am _____