LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK
Körperschaft des öffentlichen Rechts

DieKammer
IHR PARTNER

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

Antrag auf Ausstellung eines Zahnarztausweises der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ **Erstbeantragung des Zahnarztausweises**	**- kostenlos**
☐ **Beantragung des Zahnarztausweises aufgrund Namensänderung**	**- kostenlos**
☐ **Beantragung des Zahnarztausweises wegen Verlust**	**30,- Euro**
☐ **Beantragung des Zahnarztausweises aus sonstigen Gründe**	**30,- Euro**

(Adressänderung, Erhalt/Änderung akademischer Titel, Erneuerung, etc.)

Name:

Vorname:

Akademische Titel und Grade:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Privatanschrift:
PLZ/Ort:

Straße, Hausnummer:

Ich bin Mitglied der Bezirkszahnärztekammer: **E-Mail u. Telefon Nr.**

☐ **Freiburg** ☐ **Karlsruhe** ☐ **Stuttgart** ☐ **Tübingen**

Ein Farb-Passbild

☐ **füge ich im Original bei**

☐ **übersende ich per Mail an zahnarztausweis@lzk-bw.de**
(JPEG in 300dpi, 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 Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg ausgefüllt)

Zahnarztausweis der LZK BW ausgestellt am _____