

Anmeldung

Nachname: _____

ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

männlich weiblich

Staatsangehörigkeit: _____

2. Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand:

verheiratet geschieden

ledig verwitwet

getrennt lebend

Fremdsprachenkenntnisse: _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Praxisanschrift (gilt nur für Niedergelassene)

Straße: _____

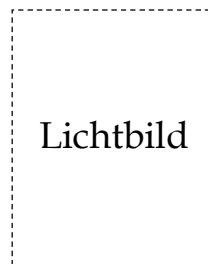
PLZ | Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Praxis E-Mail: _____

Homepage: _____



Lichtbild

An welcher Universität haben Sie das Staatsexamen abgelegt?

_____ am _____

Approbation erteilt am: _____

Ausstellungsort: _____

Haben Sie promoviert? (Dr. med dent.)

Ja Nein

Promoviert zum: _____

Ausstellungsort: _____

Berufsausübungserlaubnis gem. § 13 ZHG

erteilt am: _____

gültig vom _____ bis _____

Haben Sie auch als Arzt

1) approbiert? Ja Nein

Approbation erteilt am: _____

Ausstellungsort: _____

2) promoviert? Ja Nein

Promoviert zum: _____

Ausstellungsort: _____

Führen Sie eine Gebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung?

Kieferorthopädin/Kieferorthopäde

Zahnärztin/Zahnarzt Oralchirurgie

Zahnärztin/Zahnarzt Parodontologie

Fachärztin/Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Ihre zahnärztliche Tätigkeit

Waren Sie bisher Mitglied einer anderen (Landes)Zahnärztekammer?

bei der Bundeswehr: _____

sonstige: _____

(z.B. Gesundheitsamt)

Ja Nein

anerkannt durch: _____

Datum | Ort: _____

anerkannt durch: _____

Datum | Ort: _____

anerkannt durch: _____

Datum | Ort: _____

anerkannt durch: _____

Datum | Ort: _____

Ja Nein

in der Zahnärztekammer: _____

Üben Sie Ihren Beruf gleichzeitig in einem weiteren Kammerbereich aus?

Ja Nein

Ich bin tätig als:

niedergelassener Zahnarzt

Angestellter Zahnarzt

Praxisvertreter

Vorbereitungsassistent

Weiterbildungsassistent

Entlastungsassistent

In eigener Praxis niedergelassen
ggf. früherer Niederlassungsort:

seit/voraussichtlich ab: _____

von: _____ bis: _____

in der Praxis: _____

seit/ab: _____

im Krankenhaus: _____

seit/ab: _____

→ sind Sie Liquidationsberechtigt?

Ja Nein

seit/ab: _____

seit/ab: _____

Ja seit: _____ Nein

im Versorgungswerk: _____

Versorgungswerk:

Sind Sie bereits Mitglied in einem
Versorgungswerk?

Mitgliedsnummer (falls bekannt):

Mir ist bekannt, dass ich mit Aufnahme der Kammermitgliedschaft auch **Mitglied im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB)** werde, da die Zahnärztekammer Bremen sich dem Versorgungswerk Berlin angeschlossen hat.

Ich werde mich bezüglich der Formalitäten umgehend mit dem VZB in Verbindung setzen unter 030/93 93 58 - 0 (Anmeldeformulare auch unter www.VZBerlin.org). Mir ist bekannt, dass mir Nachteile entstehen können, wenn die Anmeldung nicht binnen 3 Monaten nach Beginn der Kammermitgliedschaft mit allen notwendigen Formularen insbesondere auch im Hinblick auf die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Die Änderungen meiner persönlichen Daten, meines beruflichen Status, den Wechsel meiner Tätigkeit oder die Beendigung meiner Berufstätigkeit im Lande Bremen werde ich der Zahnärztekammer unverzüglich mitteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner zuvor genannten Angaben.

Checkliste für zusätzlich benötigte Unterlagen:

- Approbation als Zahnarzt (in beglaubigter Kopie)
- Promotion zum Dr. med. dent. (in beglaubigter Kopie)
- Anerkennung einer Gebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung
- Approbation als Arzt (in beglaubigter Kopie)
- Promotion zum Dr. med. (in beglaubigter Kopie)
- Anerkennung einer ärztlichen Gebietsbezeichnung
- Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des zahnärztlichen Berufs
- Genehmigung zur Führung eines ausländischen Titels
- Erklärung über einen ausreichenden Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung
- Nachweis über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
- ein Lichtbild im Passbildformat ca. 3,5 cm x 4,5 cm



Zahnärztekammer Bremen
Universitätsallee 25
28359 Bremen
Telefax: 0421 33303-23
E-Mail: info@zaek-hb.de

Absender (Stempel):

Ermächtigung zum Einzug von Gebühren durch Sepa-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000535318

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Bremen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Bremen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Kontoinhabers:	
Name der Bank:	
Bank 1:	IBAN: DE
Das Sepa-Lastschriftmandat wird erteilt für:	<input type="checkbox"/> Ausbildung: _____ <small>Name Auszubildende/r</small> <input type="checkbox"/> BuS-Dienst <input type="checkbox"/> Fortbildung <input type="checkbox"/> Kammerbeiträge für Frau/Herrn _____ <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Name der Bank:	
Bank 2:	IBAN: DE
Das Sepa-Lastschriftmandat wird erteilt für:	<input type="checkbox"/> Ausbildung: _____ <small>Name Auszubildende/r</small> <input type="checkbox"/> BuS-Dienst <input type="checkbox"/> Fortbildung <input type="checkbox"/> Kammerbeiträge für Frau/Herrn _____ <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

Ort, Datum

Unterschrift