

Landeszahnärztekammer für Datum/SachbearbeiterIn:

Anmeldung

zur Eintragung in die Zahnärzteliste gemäß § 12 des Zahnärztegesetzes

- | | |
|---|--|
| 1. Familienname: | 13. Akademischer Grad: |
| Geburtsname: | 14. Bei Absolvierung d. Studiums außerhalb d. EWR |
| 2. Geschlecht: | a) Nostrifizierungsdatum |
| 3. Vorname: | b) Universität/Hochschule: |
| 4. Geburtsdatum: | c) Ev. Auflagen: |
| Geburtsort: ..... | ..... |
| Staat: ..... | ..... |
| 5. Staatsangehörigkeit: | 15. a) ord. Wohnsitz: |
| seit: ..... | ..... |
| Staatsbürgerschaftsnachweis: | b) Zustelladresse: |
| | |
| ausstellende Behörde: | 16. Berufssitz/Dienstort/Wohnsitz: |
| ..... | a) bei ng. Zahnärzten Ordinationsstätte: |
| Datum Zahl ..... | ..... |
| ..... | seit |
| 6. Gesundheitsattest vorgelegt: ja nein | b) bei ang. Zahnärzten Arbeitsstätte: |
| 7. Strafregisterbescheinigung: ja nein | ..... |
| 8. Haftpflichtversicherung ja nein | seit |
| 9. Konformitätsnachweis: ja nein | Dienstbezeichnung: |
| ..... | c) bei WohnsitzZÄ Wohnsitz: |
| 10. Familienstand: seit ..... | ..... |
| Ehegattin: ..... | ..... |
| Ehegatte: | seit |
| 11. Namen der Kinder und Geburtsjahr: | 17. Berufsbezeichnung: |
| | |
| ..... | seit |
| ..... | Behörde: |
| 12. Universität/Hochschule: | 18. Bankkonto: |
| | |
| ..... | 19. Mitglieder der ÄK f. OÖ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ..... | 20. Kassenverträge mit |
| ..... | seit |

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Das Gleiche gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wesentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Ort/Datum/Unterschrift:

Familienblatt

Vor- und Zuname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Tel.:

Familienstand: ledig ☐

verheiratet seit.....

geschieden ☐

verwitwet ☐

Daten des Ehepartners

Vor- und Zuname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Beruf:

Daten der Kinder

(eheliche und außereheliche)

Name:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Antrag auf Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises

Ich beantrage die Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises wegen

- ☐ Neuanmeldung (Ersteintragung in die Zahnärzteliste)
☐ Verlust
☐ Diebstahl
☐ Beschädigung
☐ Neuausstellung (Namens- bzw. Titeländerung, Ergänzung akademischer Grade, usw.)

Bitte vervollständigen Sie nachstehende Angaben:

Akademische(r) Grad(e):	
Vorname(n):	
Familienname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	

....., am
(Ort) (Datum)

Ausstellungsgebühr: EUR 21,- (Bundesabgabe)

Bankdaten: Österreichische Zahnärztekammer
Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG, BIC BWFBATW1
IBAN AT61 1813 0500 0021 0001

Foto: Passfoto (Format: jpg, min. 300 dpi Auflösung)

Bitte übermitteln Sie dieses Formular samt
Passfoto an Ihre Landes Zahnärztekammer.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die
Richtigkeit meiner Angaben.

--

Unterschrift
(dient als Scanvorlage, innerhalb der Linien schreiben)

geb.:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Beitragszahlungen für die Landeszahnärztekammer f. OÖ (inkl. jener für die Österreichische Zahnärztekammer) ab dem Jahr 2008 bis auf weiteres in monatlichen Teilbeträgen von meinem Gehalt einbehalten werden und von der ÖGK direkt der Landeszahnärztekammer f. OÖ überwiesen werden.

Weiters erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kasse am Ende jedes Kalenderjahres meinen Jahreslohnzettel des Vorjahres an die Kammer übermittelt, auf dessen Basis der Kammerbeitrag für das kommende Kalenderjahr vorgeschrieben wird.

- ☐ Ich bin Berufsanfänger
- ☐ Im zweitvorangegangenen Kalenderjahr hatte ich keine Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit
- ☐ Im zweitvorangegangenen Kalenderjahr hatte ich Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit in Österreich (Nachweis!)
- ☐ Im zweitvorangegangenen Kalenderjahr war ich bei der ÖGK angestellt

Linz, am.....

SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz:	
-------------------------	--

Zahlungsempfänger	
Name:	Landes Zahnärztekammer Oberösterreich
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Marienstraße 9/1 4020 Linz
Creditor-ID:	AT98ZZZ00000034935

Zahlungspflichtiger	
Name:	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	
IBAN:	
BIC:	

Kundenauftrag	
Zahlungsart:	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrender Einzug <input type="checkbox"/> Einmaliger Einzug
<p>Ich ermächtige/Wir ermächtigen Landes Zahnärztekammer Oberösterreich, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Landes Zahnärztekammer Oberösterreich auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.</p> <p>Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Zahlungspflichtigen

Informationsblatt für Neuanmeldungen

Die „Vertrauenswürdigkeit“ des Antragstellers stellt eines der allgemeinen Erfordernisse der Eintragung in die Zahnärzteliste nach § 12 ZÄG dar. In diesem Zusammenhang wird durch den Antragsteller folgende Erklärung abgegeben:

Es besteh(t)en bei Unterfertigung dieser Erklärung, unabhängig ob im In- oder Ausland, folgende mir bekannte

- justizstrafrechtliche Verurteilungen
- justizstrafrechtliche Vorerhebungen, unabhängig in welchem Verfahrensstadium
- disziplinarrechtliche Verurteilungen
- disziplinarrechtliche Vorerhebungen / Maßnahmen, unabhängig in welchem Verfahrensstadium
- verwaltungsstrafrechtliche Verurteilungen mit Ausspruch einer Geldstrafe von über € 5.000 oder einer Freiheitsstrafe
- laufende zivilgerichtliche Verfahren im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung (Schadenersatzforderungen etc.)

NEIN ☐
JA ☐

Wenn Ja: Aktenzahl/en, zuständige(s) Gericht / Behörde / Kammer und nähere Beschreibung des Verfahrensgegenstandes

Ich bin damit einverstanden, dass diese meine Angaben bei der / dem entsprechenden Gericht / Behörde / Kammer durch die Landeszahnärztekammer für Oberösterreich unter Vorlage dieser Erklärung überprüft werden können und entbinde hierfür mit meiner Unterschrift diese(s) Gericht / Behörde / Kammer von der Verschwiegenheitspflicht.

Mir ist bewusst, dass unrichtige aber auch unvollständige Angaben geeignet sind, die „Vertrauenswürdigkeit“ zu verneinen und somit eine Abweisung des Antrages bzw. spätere Streichung aus der Zahnärzteliste zu begründen, dies unabhängig von disziplinarer und weitergehender rechtlicher Verantwortung.

Ort, Datum:

Unterfertigung:

Antrag um Aufnahme in die BewerberInnenliste

gemäß § 2 (1) Z 3 der ZahnärztInnen-Reihungskriterien-Verordnung und
gemäß Punkt VI lit C. der Richtlinie für die Auswahl von VertragsfachärztInnen für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und VertragszahnärztInnen

Ich stelle hiermit den Antrag um Aufnahme in die Bewerberliste als

- ☐ Zahnarzt,
☐ Facharzt f. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.
- ☐ Ich bin ordentliches Mitglied der Landes Zahnärztekammer f. OÖ
☐ Ich bin ordentliches Mitglied der Landes Zahnärztekammer f. ____

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname:

Anschrift:

.....

Tel.: (Handy)

E-Mail:

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass die Eintragung mit dem Einlangungsdatum in der Landes Zahnärztekammer f. OÖ erfolgt.

.....
Datum

.....
Unterschrift