

Tel.: 050511/4010

E-mail: office@ooe.zahnaerztekammer.at Internet : www.zahnaerztekammer.at

Unterschrift

Antrag um Aufnahme in die KFO-BewerberInnenliste

gemäß § 5 Z 3 der ZahnärztInnen-Reihungskriterien-Verordnung und gemäß Punkt VI lit C. der Richtlinie für die Auswahl von Vertragskieferorthopäden

| Ich ste | elle hiermit den Antr | ag um Aufnahme in die KFO- Bewerberliste. | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | ☐ Ich bin orde | entliches Mitglied der Landeszahnärztekammer f. OÖ | |
| | ☐ Ich bin orde | entliches Mitglied der Landeszahnärztekammer f | |
| Ich er | fülle seit | folgende Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzunger | |
| | Habilitation im Ber | eich der Kieferorthopädie (KFO) oder | |
| | Ausbildung zum Fa und Ausland) oder | | |
| | dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder | | |
| ☐ Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orth (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder | | | |
| | entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z.B. MSc) oder Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der ÖZÄK) oder gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland. | | |
| | | | |
| | | | |
| | | BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN! | |
| Vor- und Zuname: | | | |
| Anschrift: | | | |
| | | | |
| Tel.: (Handy) | | | |
| E-Mail: | | | |
| | _ | rhme ich zur Kenntnis, dass die Eintragung mit dem andeszahnärztekammer f. OÖ erfolgt. | |
| | | | |

Datum