

Bitte zurücksenden an:



Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken
Dominikanerplatz 3d
97070 Würzburg

Antrag auf Ausstellung eines Zahnarztausweises

Antragsteller:	Titel, Name, Vorname <hr/>
	Geburtsdatum, Geburtsort <hr/>
	Anschrift <hr/>
	Ein aktuelles Foto füge ich bei <hr/>
	<input type="radio"/> Passbild (nicht digital) bitte nur in der Größe ca. 4 x 4,5 cm einreichen
	<input type="radio"/> nein

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und – soweit mir bekannt – vollständig sind.
Ich habe Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, den mir ausgestellten Zahnarztausweis bei Wechsel der Kammer oder bei Änderungen (z.B. Namensänderung durch Heirat oder Promotion) zurückzugeben und einen aktuellen Ausweis ausstellen zu lassen.

Ich mache mich strafbar bzw. begehe eine Ordnungswidrigkeit, wenn ich mir unbefugt mehrere Ausweise ausstellen lasse oder benutze, oder wenn ich meinen Ausweis einem anderen zur Täuschung im Rechtsverkehr überlasse, oder wenn ich die Ausstellung eines neuen Ausweises durch falsche Angaben erwirke.
(§§271,281 StGB, §12Abs.1 Nr.4PaßG)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragsteller/-in

Vom ZBV-Unterfranken auszufüllen:

Zahnarzt-Ausweisnummer:

Datum der Ausstellung:
