

Bitte zurücksenden an:



Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken
Dominikanerplatz 3d
97070 Würzburg

Verlustanzeige Zahnarzteausweis

Herr/Frau _____

Zeigt den Verlust des näher bezeichneten Zahnarzteausweises an.

Inhaber:	Titel, Name, Vorname _____
	Geburtsdatum, Geburtsort _____
	Anschrift _____ _____
	Zahnarzteausweis Nr.: _____, ausgestellt am : _____ Ausstellende Kammer/Verband: _____
Nähere Umstände des Verlustes	_____ _____ _____

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und – soweit mir bekannt – vollständig sind.
Ich habe Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, den verloren gegangenen Zahnarzteausweis zurückzugeben, falls dieser wieder aufgefunden werden sollte,
-den Verlust meines Ausweises für den Erwerb eines neuen Ausweises anzuzeigen und glaubhaft zu machen,
-dass ich mich strafbar bzw. einer Ordnungswidrigkeit schuldig mache, 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