



Landeszahnärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 800 654
70506 Stuttgart

**Antrag auf Ausstellung eines Zahnarztausweises der
Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg**

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Erstbeantragung des Zahnarztausweises	- kostenlos
Beantragung des Zahnarztausweises aufgrund Namensänderung	- kostenlos
Beantragung des Zahnarztausweises wegen Verlust	30,- Euro
Beantragung des Zahnarztausweises aus sonstigen Gründe	30,- Euro

(Adressänderung, Erhalt/Änderung akademischer Titel, Erneuerung, etc.)

Name:

Vorname:

Akademische Titel und Grade:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Privatanschrift:
PLZ/Ort:

Straße, Hausnummer:

Ich bin Mitglied der Bezirkszahnärztekammer:

Freiburg

Karlsruhe

Stuttgart

Tübingen

Ein Farb-Passbild

füge ich im Original bei

übersende ich per Mail an zahnarztausweis@lzk-bw.de
(JPEG in 300dpi, Größe 35 x 46 mm)

Gilt für Änderungsanträge:

Den alten Ausweis füge ich diesem Antragsformular bei.

Ich bitte Sie den alten Zahnarztausweis ungültig zu machen und an mich zurückzusenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bearbeitungsvermerk
(wird von der Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg ausgefüllt)

Zahnarztausweis der LZK BW ausgestellt am _____