

Mitglieds-Nummer:

Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz
Langenbeckstraße 2
55131 Mainz

Tel.: 06131/96136-60
Fax: 06131/96136-89

Antrag auf Ausstellung eines Mitgliedsausweises

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich aus folgendem Grund einen Mitgliedsausweis:

Neumitgliedschaft ☐

Verlust ☐

oder sonstiger Grund ☐ _____

Ich bitte den Ausweis an folgende Adresse zu senden:

Herr / Frau: _____

Titel: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Zusätzlich benötigte Angaben:

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Ich habe mich bereits bei der Bezirkszahnärztekammer angemeldet.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift