

Mitglieds-Nummer:

Landeszahnärztekammer 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