

Landeszahnärztekammer Hessen
Mitgliederverwaltung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

Bitte achten Sie
bei Ihrem Lichtbild
auf einen möglichst
hellen Hintergrund

Bitte den Antrag ausfüllen und mit einem Lichtbild versehen (alternativ können Sie das Bild auch per E-Mail an hopp@lzkh.de oder springer@lzkh.de senden)
Der Zahnarztausweis ist gem. § 6 der Meldeordnung der LZKH bei Wegfall der Mitgliedschaft an die LZKH zurückzugeben.

Hiermit beantrage ich die Ausstellung eines Zahnarztausweises.

Titel, Name	Vorname	Ausweis-Nr.*
Geburtsdatum	Geburtsort	Ausst.-Datum*
Raum für Änderungen der LZKH*		

Ort/Datum

Unterschrift

* wird von der Landes Zahnärztekammer Hessen eingetragen