

Absender:

Mitglieds-Nr.

Landeszahnärztekammer Hessen  
Mitgliederverwaltung  
Rhonestraße 4  
60528 Frankfurt

### Kammerwechsel

Ich bin ab/seit dem \_\_\_\_\_\*als  
(Datum)

\_\_\_\_\_ tätig.  
(Bitte auch nicht-zahnärztliche Tätigkeiten angeben!)

### Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers:

---

---

---

---

### Bitte leiten Sie meine Akte an folgende Zahnärztekammer weiter:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift