

Absender:

Mitglieds-Nr.

Landeszahnärztekammer Hessen
Mitgliederverwaltung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

Ihre zahnärztliche Tätigkeit

Ich bin ab/seit dem _____*als
(Datum) _____ tätig.
(Bitte auch nicht-zahnärztliche Tätigkeiten angeben!)

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

ich bin vorübergehend (Ich beabsichtige, wieder regelmäßig zahnärztlich tätig zu werden.)
aufgrund von _____ nicht zahnärztlich tätig.
(Bitte Grund angeben, z.B. Schwangerschaft/Mutterschutz/Elternzeit, Arbeitslosigkeit, Auslandsaufenthalt o.ä.)

dauernd nicht zahnärztlich tätig.
(meine zahnärztliche Tätigkeit ist vollständig beendet)

JA, möchte als freiwilliges Mitglied geführt werden. (monatl. Beitrag: 5,00 Euro)

NEIN, möchte nicht als freiwilliges Mitglied geführt werden.
(In diesem Fall muss falls vorhanden der Zahnarzteausweis der Landes Zahnärztekammer Hesse zurückgegeben werden)

***Bitte geben Sie ein genaues Datum an!**

Ort, Datum, Unterschrift