

Name:

Adresse:

.....

An die
Landeszahnärztekammer für Kärnten
Neuer Platz 7 / 1. Stock
9020 Klagenfurt
FAX 050511 9023

Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren !

Ich ersuche um Aufnahme in die Reihungsliste für Zahnärztinnen/Zahnärzte und Fachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in folgenden Städten/Orten

1.).....

2.)

3.).....

und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Reihungskriterien der Landes Zahnärztekammer für Kärnten zur Kenntnis genommen habe.

Hochachtungsvoll

.....