

**Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft  
bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz**

Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz  
Langenbeckstraße 2  
55131 Mainz

Tel: (06131) 9613660  
Fax: (06131) 9613689

**Antragsteller/in:** (bitte Privatanschrift angeben)

Name/Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ; Ort: \_\_\_\_\_

zust. BZK: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich gemäß § 3 Abs. 3 der Hauptsatzung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, als freiwilliges Mitglied aufgenommen zu werden.

**Begründung:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1. Aufgabe der zahnärztlichen Tätigkeit   | <input type="radio"/> |
| 2. Hauptamtliche Tätigkeit im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz | <input type="radio"/> |
| 3. Nichtausübung der zahnärztlichen Tätigkeit   | <input type="radio"/> |
| 4. Verlegung der beruflichen Tätigkeit außerhalb von Rheinland-Pfalz                                      | <input type="radio"/> |
| 5. Sonstige Begründung (z.B. arbeitssuchend)  | <input type="radio"/> |

\_\_\_\_\_

Die freiwillige Mitgliedschaft soll gelten ab: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich mich zudem bei der zuständigen Bezirkszahnärztekammer anmelden muss, nachdem dieser Antrag seitens der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz angenommen worden ist.

- Die Approbationsurkunde lege ich diesem Schreiben bei
- liegt bereits bei der zuständigen Bezirkszahnärztekammer vor

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_