



Bekanntgabe Niederlassung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort- und Land: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Hiermit teile ich der Zahnärztekammer Hamburg meine **Niederlassung** zum mit.

Praxisanschrift:

Praxisname:

Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:

Tel.: E-Mail:

Praxishomepage:

Praxisneugründung Praxisübernahme von

Einstieg in eine fortbestehende Praxis und Bildung einer

Praxisgemeinschaft mit

(überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaft mit:

KZV-Abrechnungsnummer keine Zulassung, Privatpraxis

Hamburg, den _____

Unterschrift: _____

Für Rückfragen steht Ihnen die Mitgliederverwaltung zur Verfügung:

Frau Mirja Bahlhorn, E-Mail: mitgliederverwaltung@zaek-hh.de , Tel.: 040 / 733 405 37

Gerne stellen wir Ihnen auf Anfrage eine Checkliste für die Niederlassung und Praxisaufgabe zur Verfügung. Diese und weitere Informationen sind auch im ZQMS – Bereich (Qualitätssicherungssystem) abrufbar.

(<https://www.zahnaerzte-hh.de/zahnaerzte-portal/praxis/qualitaetsmanagement-zaekzqms/>)