

An die  
Ärzttekammer des Saarlandes  
- Abt. Zahnärzte -  
Puccinistraße 2  
66119 Saarbrücken

**Antrag auf Ausstellung eines Zahnarztausweises  
der Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte -**

Hiermit beantrage ich die Ausstellung eines Zahnarztausweises der Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte -

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Akademische Titel und Grade:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort:</b>
<b>Postleitzahl und Ort:</b>	<b>Straße und Hausnummer:</b>

**Ein Passbild**

füge ich im Original bei

übersende ich per Mail an  
mail@zaek-saar.de

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

**Bearbeitungsvermerk:**

(Wird von der Geschäftsstelle der Ärztekammer des Saarlandes – Abt. Zahnärzte – ausgefüllt)

Zahnarztausweis ausgestellt am: .....