zentraler Thüringer Formularpool

Landeszahnärztekammer Thüringen
Barbarossahof 16
99092 Erfurt

Anzeige einer vorübergehenden und gelegentlichen Berufsausübung im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs nach Europarecht

Hiermit zeige ich meine vorübergehende und gelegentliche Berufsausübung als Zahnarzt im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs in Thüringen an.

Name	Vorname	Titel

Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname	Staatsangehörigkeit

Privatanschrift

Straße		PLZ / Ort / Land
Telefon	Mobil	E-Mail

Anschrift der Berufsausübungsstätte im Herkunftsstaat

Zahnarztpraxis / Einrichtung		
Straße		PLZ / Ort / Land
Telefon	Mobil	E-Mail

Tätigkeit als ☐ selbstständiger Zahnarzt ☐ angestellter Zahnarzt

Angaben zur Berufsausübungsstätte in Thüringen

Zahnarztpraxis / Einrichtung		
Straße		PLZ / Ort / Land
Telefon	Mobil	E-Mail

Tätigkeit als ☐ selbstständiger Zahnarzt ☐ angestellter Zahnarzt ☐

Geplanter Umfang und Dauer der vorübergehenden und gelegentlichen Berufsausübung in Thüringen

Angaben zur Qualifikation

Zahnärztliche Approbation vom		Land	
Zahnärztliche Promotion vom		Land	
Ärztliche Approbation vom		Land	
Ärztliche Promotion vom		Land	
Fachgebietsbezeichnung		Land	

Zuständige Aufsichtsbehörde am Ort der Niederlassung in der EU

Name	Adresse

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH
BQFG-006-TH-FL – Anzeige Berufsausübung

zentraler Thüringer Formularpool

Dieser Anzeige sind folgende Unterlagen beizufügen:

– Zahnärztliche Approbation des jeweiligen EU-Staates
– Promotionsurkunde des jeweiligen EU-Staates
– Ärztliche Approbation des jeweiligen EU-Staates
– Fachzahnarztanerkennungen des jeweiligen EU-Staates
– Nachweis Ihrer vorübergehenden Beschäftigung in Thüringen (Arbeitsvertrag etc.)*)
– Nachweis über Ihre Staatsangehörigkeit
– Eine Bescheinigung darüber, dass Sie in einem Mitgliedstaat rechtmäßig als Zahnarzt niedergelassen sind, Ihnen die Berufsausübung zum Zeitpunkt der Vorlage der Bescheinigung nicht untersagt ist und darüber, dass keine Vorstrafen vorliegen*)
– Angaben zu Ihrem Versicherungsschutz oder einer anderen Art des individuellen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht*)
– Nachweis der erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache

*) Die Unterlagen dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Die Unterlagen sind in Form von Originalen oder beglaubigten Kopien vorzulegen. Die Unterlagen sind in der Regel in deutscher Sprache oder als beglaubigte Kopie einer deutschen Übersetzung vorzulegen. Die Übersetzungen müssen von Dolmetschern oder Übersetzern angefertigt werden, die öffentlich bestellt oder beeidigt sind. Die Übersetzungen müssen vom Original oder von den beglaubigten Kopien angefertigt werden. Dies ist vom Übersetzer zu bescheinigen.

Wenn Sie Ihren Antrag elektronisch über den Einheitlichen Ansprechpartner einreichen, können nur Unterlagen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ausgestellt oder anerkannt wurden, auch elektronisch übermittelt werden. Hat die zuständige Behörde begründete Zweifel an der Echtheit der übermittelten Unterlagen, kann sie die Vorlage beglaubigter Kopien verlangen.

Abschlusserklärung

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift

Ansprechpartner:

Landeszahnärztekammer Thüringen
Mitgliederverwaltung
Barbarossahof 16
99092 Erfurt
Telefon 03 61 / 74 32-104
Telefax 03 61 / 74 32-150
Internet: www.lzkth.de
Email: info@lzkth.de

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH
BQFG-006-TH-FL – Anzeige Berufsausübung