

Ansøgning om tildeling af ydernummer til tandlæger

Sendes til region hvor der ønskes ydernummer	Udfyldes af regionen
	Ydernummer

Praksis

Region	Etablerings-overtagelsesdato	CVR.nr.	Kommune
Kliniknavn			
Klinikadresse			Tlf. nr.
Postnr. og postdistrikt			
E-mail adresse		Hjemmeside	
Praksis overtages efter navn og ydernummer			

Ejerforhold

Enkeltmandspraksis <input type="checkbox"/>	Etablering i selskabsform <input type="checkbox"/>	Etablering i selskabsform med holdingselskab (er) <input type="checkbox"/>
Ejer 1	Navn	Cpr.nr.
	Privatadresse	Privattlf.
	Postnr. og distrikt	
	Vedlægger kopi af Sundhedsstyrelsens tilladelse til selvstændigt virke <input type="checkbox"/>	
	Tilladelse til selvstændigt virker: mdr./år	
	Erhvervsansvarsforsikring vedlægges Hvis medlem af Tandlægeforeningen vedlæg bekræftelse på medlemskab <input type="checkbox"/>	

Øvrige ejere udfyldes på bagside

Underskrift

Undertegnede har på klinikken faciliteter, som muliggør udførelse af alle de tandlægearbejder, som er omfattet af sundhedslovens Kpt. 13b §§57e-k og 64a-f og tilhørende bekendtgørelser
Dato og underskrift – ejer 1

Ejerforhold

Enkeltmandspraksis <input type="checkbox"/>	Etablering i selskabsform <input type="checkbox"/>	Etablering i selskabsform med holdingselskab (er) <input type="checkbox"/>
Ejer 2	Navn	Cpr.nr.
	Privatadresse	Privattlf.
	Postnr. og distrikt	
	Vedlægger kopi af Sundhedsstyrelsens tilladelse til selvstændigt virke <input type="checkbox"/>	
	Tilladelse til selvstændigt virker: mdr./år	
	Erhvervsansvarsforsikring vedlægges Hvis medlem af Tandlægeforeningen vedlæg bekræftelse på medlemskab <input type="checkbox"/>	

Underskrift

Undertegnede har på klinikken faciliteter, som muliggør udførelse af alle de tandlægearbejder, som er omfattet af sundhedslovens Kpt. 13b §§57e-k og 64a-f og tilhørende bekendtgørelser

Dato og underskrift – ejer 2

Ejerforhold

Enkeltmandspraksis <input type="checkbox"/>	Etablering i selskabsform <input type="checkbox"/>	Etablering i selskabsform med holdingselskab (er) <input type="checkbox"/>
Ejer 3	Navn	Cpr.nr.
	Privatadresse	Privattlf.
	Postnr. og distrikt	
	Vedlægger kopi af Sundhedsstyrelsens tilladelse til selvstændigt virke <input type="checkbox"/>	
	Tilladelse til selvstændigt virker: mdr./år	
	Erhvervsansvarsforsikring vedlægges Hvis medlem af Tandlægeforeningen vedlæg bekræftelse på medlemskab <input type="checkbox"/>	

Underskrift

Undertegnede har på klinikken faciliteter, som muliggør udførelse af alle de tandlægearbejder, som er omfattet af sundhedslovens Kpt. 13b §§57e-k og 64a-f og tilhørende bekendtgørelser

Dato og underskrift – ejer 3