

Änderungsmeldung / Abmeldung
Bezirksärztekammer Pfalz, Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt
Fax: 0 63 21/92 84-44

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

Betreffendes bitte ankreuzen

Änderung der Tätigkeit (Weitere ärztliche Tätigkeiten bitte auf der Rückseite eintragen)

seit/ab Weiterhin beim bisherigen Arbeitgeber

Dienstadresse

Bezeichnung der Dienststelle

Straße

Postleitzahl Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung

ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl.

Fax dienstl.

Mobil dienstl.

E-Mail dienstl.

Vollzeit Teilzeit (Umfang)

Ambulant/Praxis

Niederlassung Vertragsarzt Angestellter Arzt in Praxis Angestellter Arzt MVZ

Krankenhaus-/Kliniktätigkeit

Ltd. / Chefarzt Oberarzt/Fkt.oberarzt Ass. Arzt / Wiss. M Gastarzt Honorararzt

Andere ärztliche Tätigkeit

Sonstige ärztliche Tätigkeit als

Ohne ärztliche Tätigkeit seit

**Sofern Sie nach Beendigung Ihrer Tätigkeit in unserem Kammerbereich auch Ihre
gesamte ärztliche Tätigkeit aufgeben und im Bereich der Bezirksärztekammer Pfalz wohnhaft sind,
besteht für Sie die Möglichkeit einer freiwilligen Mitgliedschaft.**

Ich bin weder im Bereich der Bezirksärztekammer Pfalz, noch in einem anderen Kammerbereich ärztlich tätig, noch Pflichtmitglied einer anderen Ärztekammer im Bereich der Bundesrepublik Deutschland und beantrage hiermit die freiwillige Mitgliedschaft bei der Bezirksärztekammer Pfalz ab dem _____ (Datum)

Ich bin weder im Bereich der Bezirksärztekammer Pfalz, noch in einem anderen Kammerbereich ärztlich tätig. An einer freiwilligen Mitgliedschaft bei der Bezirksärztekammer Pfalz bin ich nicht interessiert.

Änderung der Privatadresse

seit/ab Privatadresse unverändert

Straße

Postleitzahl Ort

Telefon privat

Fax privat

Mobil privat

E-Mail privat

Bei Faxrücksendung bitte Name nochmals in Druckbuchstaben

Ort/Datum

.....
Unterschrift

Weitere ärztliche Tätigkeiten

seit/ab

Dienstadresse

Bezeichnung der Dienststelle

Straße

Postleitzahl Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung

ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl.

Fax dienstl.

Mobil dienstl.

E-Mail dienstl.

Vollzeit Teilzeit (Umfang)

Ambulant/Praxis

Niederlassung Vertragsarzt Angestellter Arzt in Praxis Angestellter Arzt MVZ

Krankenhaus-/Kliniktätigkeit

Ltd. / Chefarzt Oberarzt/Fkt.oberarzt Ass. Arzt / Wiss. M Gastarzt Honorararzt

Andere ärztliche Tätigkeit

Sonstige ärztliche Tätigkeit als

seit/ab

Dienstadresse

Bezeichnung der Dienststelle

Straße

Postleitzahl Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung

ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl.

Fax dienstl.

Mobil dienstl.

E-Mail dienstl.

Vollzeit Teilzeit (Umfang)

Ambulant/Praxis

Niederlassung Vertragsarzt Angestellter Arzt in Praxis Angestellter Arzt MVZ

Krankenhaus-/Kliniktätigkeit

Ltd. / Chefarzt Oberarzt/Fkt.oberarzt Ass. Arzt / Wiss. M Gastarzt Honorararzt

Andere ärztliche Tätigkeit

Sonstige ärztliche Tätigkeit als

RÜCKANTWORT

BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Weiterbildungsregister gem. § 3 Abs. 2 Ziffer 8 HeilBG

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Folgende Facharztbezeichnung wird angestrebt:

als Facharzt für: _____

Ó* ā } Á^!Á ^ā |ää } * Á { Đ~!Á È É&@: d&@: ā K'

Sollten Sie während Ihrer Weiterbildungszeit die angestrebte Facharzttrichtung wechseln, so teilen Sie uns dies bitte mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____