

zurück an

Fax: 0 63 21 – 92 84 - 14

Bezirksärztekammer Pfalz  
Herr Bachtler  
Maximilianstr. 22  
67433 Neustadt / Weinstrasse



Praxisstempel

## Anmeldung Hospitation

- 
- Bitte nehmen Sie mich/uns in die Liste als hospitierende Arztpraxis auf

Ansprechperson in meiner/unserer Praxis ist:

Frau/Herr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Haben Sie Anmerkungen?

- 

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Meine/unsere Praxis ist zurzeit wie folgt **mit Auszubildenden besetzt**:

Anzahl Auszubildende im <b>1</b> ten Lehrjahr:	
Anzahl Auszubildende im <b>2</b> ten Lehrjahr:	
Anzahl Auszubildende im <b>3</b> ten Lehrjahr:	

---

Datum / Unterschrift