

**Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Stellenvermittlung  
Postfach 40 67  
48022 Münster**

**Stellenvermittlung Weiterbildung „Allgemeinmedizin“**

## **Meldung des Stellenanbieters über besetzte Stelle an die Ärztekammer**

---

**Familienname**                            **Vorname**

Dienststelle

Hiermit gebe ich bekannt, dass die angebotene Stelle besetzt ist.

Zum wurde eingestellt:

Frau/Herr \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
Name/Vorname

wohnhaft

---

## Ort, Datum

---

Unterschrift des Arztes