



Abgang/Ausland

Land: _____

Abgangsdatum: _____

Persönliche Angaben

Familienname	Straße
Vorname	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Land
	Gültig ab/seit

Neue Privatanschrift

Neue Haupttätigkeit im Ausland

Dienststelle/Krankenhaus	seit
Dienstanschrift (Land/PLZ/Ort/Straße)	
Fachgebiet/Abteilung	Dienstbezeichnung
Honorartätigkeit/freiberuflich	ja nein
Ohne ärztliche Tätigkeit ab/seit	

Datum

Unterschrift

RÜCKSENDUNG AN

Ärztekammer Westfalen-Lippe
Ressort Finanzen und Verwaltung
Meldestelle
Gartenstr. 210 – 214
48147 Münster

ODER PER E-MAIL AN

meldestelle@aeawl.de