

Stellenaufgabe, -wechsel, Umzug?



ÄRZTEKAMMER
WESTFALEN-LIPPE

Persönliche Angaben

Familienname	Straße
Vorname	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Arzt-Nr.
E-Mail	Mobil-Nr.

Neue Privatanschrift ab/seit _____

Neue Haupttätigkeit

Dienststelle/Krankenhaus/Praxis	seit
Dienstanschrift (PLZ/Ort/Straße)	
Dienstbezeichnung	
Fachgebiet/Abteilung	Stunden pro Woche
Niederlassung/Privatärztlich tätig seit	
Honorartätigkeit/freiberuflich	ja nein
Ohne ärztliche Tätigkeit ab/seit	ja nein bis
Ruhestand ab/seit	
Eltenzeit mit bestehendem Dienstverhältnis seit	bis

Weitere Tätigkeit im Kammerbereich Westfalen-Lippe

Dienststelle/Krankenhaus/Praxis	seit
Dienstanschrift (PLZ/Ort/Straße)	
Dienstbezeichnung	
Fachgebiet/Abteilung	Stunden pro Woche

Ort, Datum

Unterschrift

RÜCKSENDUNG AN

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

ODER PER E-MAIL AN

meldestelle@aekwl.de